

Année 1977 - N° 518

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORES
à propos d'une série de 100 cas

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
et soutenue publiquement le 8 Novembre 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

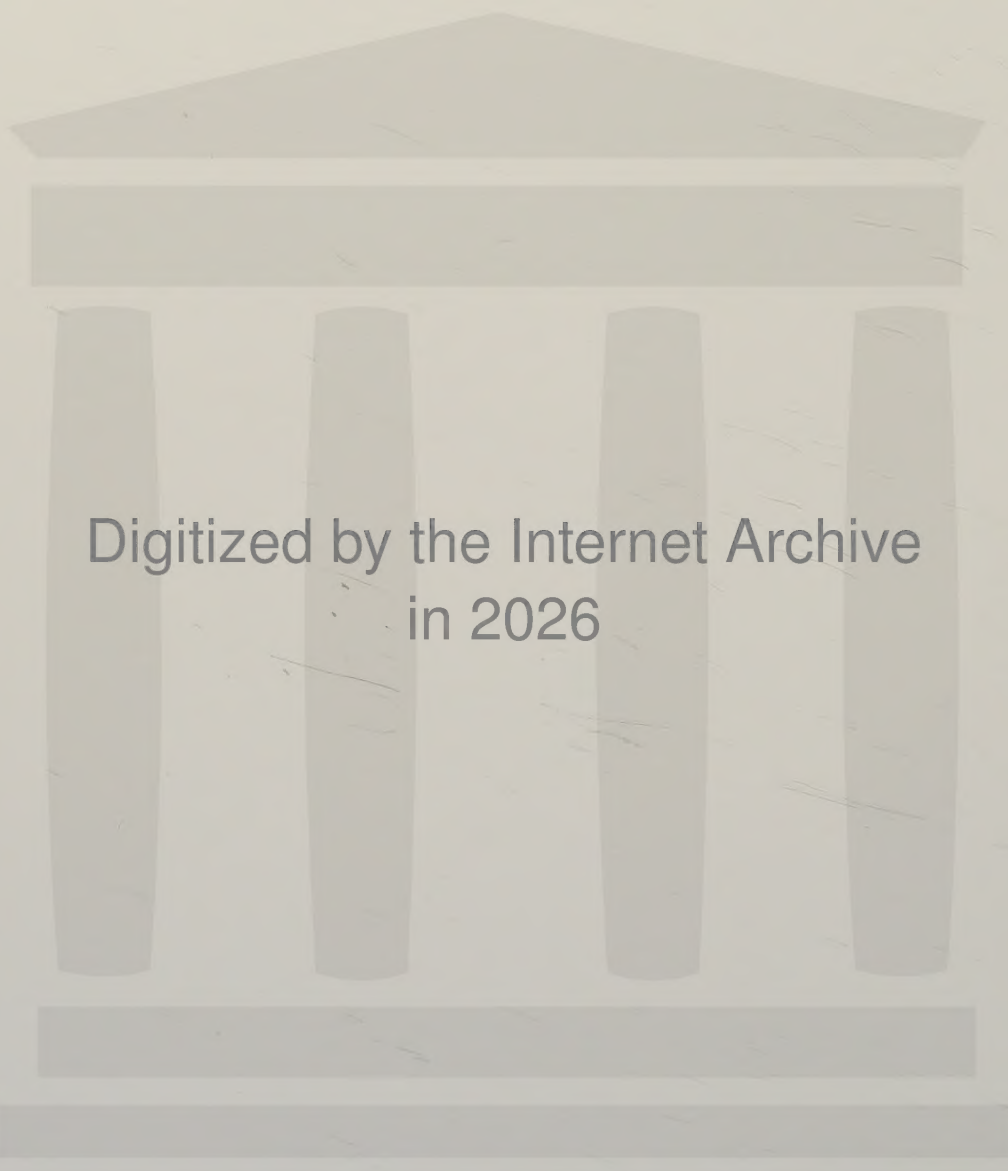
par

SAVOYE Jean-François

né le 31 Janvier 1947

à AMBÉRIEU-EN-BUGEY (Ain)





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1977 - N° 518

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur R. ELIAS

Secrétaire Général : Monsieur J. SAVOYE

ULCERES GASTRO-DUODENaux PERFORES

à propos d'une série de 100 cas

GRANDE BLANCHE : Docteur Dr. ELIAS (Maître de Conférences Agrégé)

LYON MAR : Docteur J.-F. SAVOYE (Maître de Conférences Agrégé)

SUL-GERAIN : Professeur J. ELIAS

SYMBOLES TERRAINS : Docteur Dr. ELIAS (Maître de Conférences Agrégé)

TECHNIQUES DE MANIPULATION : Docteur A. MARGOT (Maître de Conférences Agrégé)

SCIENCES PHARMACOLOGIQUES : Docteur Dr. ELIAS

SCIENCES CHIMICOLOGIQUES : Docteur Dr. ELIAS

LESTREZ UNIVERSITAIRE D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE : Docteur A. MARGOT

MATHÉMATIQUES : Professeur A. ELIAS

PHYSIQUE : Docteur Dr. ELIAS

CHIMIE ET MINÉRALOGIE : Docteur Dr. ELIAS

SCIENCES DE LA VIE : Docteur Dr. ELIAS

SCIENCES PHYSIQUES : Docteur Dr. ELIAS

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE : Docteur Dr. ELIAS

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE RECHERCHE : Docteur Dr. ELIAS

OBSERVATOIRE : Docteur Dr. ELIAS

PHYSIQUE NUCLÉAIRE : Docteur Dr. ELIAS

U.R.S. DE MÉCANIQUE : Docteur Dr. ELIAS



Année 1977 - N° 218

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS à propos d'une série de 100 cas



THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
et soutenue publiquement le 8 Novembre 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

SAVOYE Jean-François

né le 31 Janvier 1947

à AMBÈRIEU-EN-BUGEY (Ain)



Editions L'HERMÈS
31 rue Pasteur 69007 LYON

UNIVERSITE CLAUDE - BERNARD

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL : Professeur R. MORNE X

GRANGE BLANCHE : Docteur B. SALLE (Maître de Conférences Agrégé)

LYON NORD : Docteur J.P. NEIDHARDT (Maître de Conférences Agrégé)

SUD-OUEST : Professeur J. NORMAND

BIOLOGIE HUMAINE : Docteur REVILLARD (Maître de Conférences Agrégé)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Docteur A. MORGON (Maître de Conférences Agrégé)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Professeur C.A. BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE : Monsieur A. MILLON

MATHEMATIQUES : Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Professeur R.GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 1 : Professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 2 : Professeur GALLET - Directeur ENSAM

OBSERVATOIRE : Monsieur G. MONNET - Astronome Adjoint

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Professeur M. GUSAKOW

U.E.R. DE MECANIQUE : Professeur G. COMTE-BELLIOT.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

de l'U.E.R. ALEXIS CARREL

1er CYCLE :

ANATOMIE : Monsieur le Professeur A. BOUCHET

BIOLOGIE : Monsieur le Professeur Ch. GIROD

CHIMIE-BIOCHIMIE : Monsieur le Professeur L. COLOBERT

Monsieur le Docteur Cl. NOFRE, Maître de Conférences Agrégé

HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE : Monsieur le Professeur Ch. GIROD

MATHEMATIQUES-STATISTIQUES : Monsieur le Professeur J. SITE

PHYSIOLOGIE : Monsieur le Docteur M. PELLET, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur M. SCHMITT, Maître de Conférences Agrégé

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE : Monsieur le Professeur M. BERGER

PSYCHOLOGIE-MEDICALE : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MEDICALE : Monsieur le Professeur L. ROCHE

2ème CYCLE :

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : Monsieur le Professeur M. TOMMASI

Monsieur le Docteur R. LOIRE, Maître de Conférences
Agrégé

BACTERIOLOGIE : Monsieur le Professeur J. FLEURETTE

CARDIOLOGIE : Monsieur le Professeur R. FROMENT

Monsieur le Professeur A. GONIN

CHIRURGIE CARDIAQUE : Monsieur le Professeur G. MARET

CHIRURGIE DIGESTIVE : Monsieur le Professeur J. FRANCILLON

CHIRURGIE GENERALE : Monsieur le Professeur H. LIARAS

Monsieur le Professeur J. DESCOTES

Monsieur le Docteur G. SPAY, Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE INFANTILE : Monsieur le Docteur M. DAUDET, Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPEDIQUE : Monsieur le Professeur G. de MOURGUES

Monsieur le Docteur J. COMTET,

Maître de Conférences Agrégé

DERMATOLOGIE : Monsieur le Docteur PERROT, Maître de Conférences Agrégé,
ENDOCRINOLOGIE : Monsieur le Docteur BERTHEZENE, Maître de Conférences Agrégé
GASTRO-ENTEROLOGIE : Monsieur le Professeur A. BEL
GENETIQUE GENERALE : Monsieur le Docteur M. HERMIER, Maître de Conférences
Agrégé

GYNECOLOGIE : Monsieur le Professeur Y. ROCHET

Monsieur le Docteur A. BREMOND, Maître de Conférences Agrégé

HEMOBIOLOGIE : Monsieur le Professeur P. MOREL

HYGIENE : Monsieur le Docteur J.C. MONIER, Maître de Conférences Agrégé

MALADIES INFECTIEUSES : Monsieur M. GIROUD, Professeur Agrégé du VAL DE GRACE

MALADIES DU SANG : Monsieur le Professeur L. REVOL

MEDECINE EXPERIMENTALE : Monsieur le Professeur R. MORNEX

MEDECINE LEGALE : Monsieur le Professeur L. ROCHE

MEDECINE DU TRAVAIL : Monsieur le Professeur J. BOURRET

Monsieur le Docteur EYSSETTE

NEPHROLOGIE : Monsieur le Professeur B. FRANCOIS

NEURO-CHIRURGIE : Monsieur le Professeur L. MANSUY

Monsieur le Docteur G. FISCHER, Maître de Conférences Agrégé

NEUROLOGIE : Monsieur le Professeur M. DEVIC

OBSTETRIQUE : Monsieur le Professeur R. GARMIER

OPHTALMOLOGIE : Monsieur le Docteur PAUPERT-RAVAULT, Maître de Conférences Agrégé

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE : Monsieur le Professeur H. MARTIN

PARASITOLOGIE : Mademoiselle le Docteur BATTESTI

PEDIATRIE : Monsieur le Professeur R. FRANCOIS

PHARMACOLOGIE : Monsieur le Docteur EVREUX, Maître de Conférences Agrégé

PNEUMO-PHTISIOLOGIE : Monsieur le Professeur R. TOURAINE

Monsieur le Docteur J.P. BERNARD, Maître de Conférences
Agrégé

PSYCHOLOGIE : Monsieur le Professeur GUYOTAT

Monsieur le Docteur MARIE-CARDINE, Maître de Conférences Agrégé

RADIOLOGIE : Monsieur le Docteur BUFFARD, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur L. CHOLLAT, Maître de Conférences Agrégé

RHUMATOLOGIE : Monsieur le Docteur MEUNIER, Maître de Conférences Agrégé

SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE : Monsieur le Docteur J. VIGNAL, Maître de

Conférences Agrégé

SEMEIOLOGIE MEDICALE : Monsieur le Professeur VIALA

STOMATOLOGIE : Monsieur le Professeur P. DUMAS

URGENCE REANIMATION : Monsieur le Professeur R. DELEUZE

Madame le Docteur S. ESTANOVE, Maître de Conférences
Agrégré

UROLOGIE : Monsieur le Docteur P. DUBERNARD



C O M P O S I T I O N d u J U R Y

Monsieur le Professeur J. FRANCILLON (Président)

Monsieur le Professeur A. BEL

Monsieur le Professeur Agrégé J.P. NEIDHARDT

Monsieur le Professeur Agrégé J. VIGNAL

à ma FEMME

à mon PERE et à ma MERE

à mon FRERE et à ma SOEUR

à ma FAMILLE

à ma BELLE-FAMILLE

à tous les MIENS

à mes MAITRES de COLLEGE

Robert JULIANNY (†)

Gaston ROUQUET

Marc TISSOT

à mes AMIS, et plus particulièrement à :

Philippe PERDRIX

Armand BILLARD

Jean-Louis RUESCH

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur J. FRANÇILLON
Chef de la Clinique Chirurgicale A

Au cours d'un quadrimestre passé
dans son service, il nous a fait bénéficier
de son grand savoir.

Il nous a fait l'honneur de nous
accueillir pour notre travail, et de présider
notre jury.

Nous lui exprimons notre sincère
gratitude et notre respectueux attachement.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur A. BEL

Au cours de son enseignement magistral,
nous avons apprécié la clarté de sa pensée. Il
nous a accueilli dans son service pour nous préparer
à la Médecine praticienne. Nous l'en remercions
vivement, et sommes heureux qu'il ait accepté de
juger notre travail.

En hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A notre Juge,
Monsieur le Professeur Agrégé J.P. NEIDHARDT

Il a accepté avec bienveillance de compter
parmi les membres de notre jury. Nous espérons
ne pas le décevoir avec ce travail touchant un
sujet qu'il affectionne particulièrement.

Nous l'assurons de nos sentiments respectueux
et reconnaissants.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Agrégé J. VIGNAL

Il nous a accueilli en personne au Pavillon D.
Nous avons apprécié son enseignement magistral et
l'accueil cordial qu'il nous a toujours réservé.
Il nous a fait l'honneur d'être notre juge.

Nous lui exprimons nos remerciements et notre
sincère reconnaissance.

A NOS MAITRES dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur VIALA

Monsieur le Docteur MAGNIN

Monsieur le Docteur GIROUD

Monsieur le Professeur de MOURGUES

Monsieur le Docteur BERTHIER

Monsieur le Professeur FRANCILLON

Monsieur le Professeur GARMIER

Monsieur le Docteur ALEX

Monsieur le Professeur FRANCOIS

Monsieur le Docteur PIPARD

Monsieur le Docteur CAVAILHER

Ils ont guidé nos premiers pas.

En Hommage respectueux.

Nous tenons à remercier particulièrement,

Le Docteur E. TISSOT
Chef de Clinique - Assistant

Nous avons apprécié son enseignement
clair et précis au lit du malade.

Il a inspiré ce travail. Nous avons
bénéficié de son accueil amical et de ses
judicieux conseils. Nous n'aurions pu
aboutir sans lui.

Qu'il nous permette de lui témoigner
aujourd'hui notre profonde gratitude et
notre respectueux attachement.

Madame I. GRANGE
Mademoiselle M. RICCITIELLO
Secrétaires au Pavillon D

Leur accueil sympathique et leur
dévouement, nous ont permis d'effectuer
nos recherches dans les meilleures
conditions.



N T R O D U C T I O N

Notre travail repose sur l'étude de 100 observations de malades victimes d'ulcères perforés en péritoine libre, et pour la plupart admis et traités au service d'urgence de l'hôpital Edouard HERRIOT, puis hospitalisés et suivis ultérieurement dans le service de Monsieur le Professeur J. FRANCILLON, de juillet 1967 à mars 1977.

Nous avons étudié successivement les aspects étiologiques et cliniques de cette complication de l'ulcère gastro-duodéal.

De l'étude rétrospective des traitements éclectiques proposés par les opérateurs multiples, nous avons essayé de dégager des indications thérapeutiques précises en tenant compte des résultats précoces et éloignés de ces différentes méthodes.





I S T O R I Q U E

Depuis la fin du siècle dernier, l'attitude des chirurgiens face à l'ulcère perforé a plusieurs fois évolué.

Après l'échec du traitement conservateur tenté vers 1870 par REDWOOD, c'est en 1880 que MICULIKZ effectua la première tentative de suture. Le premier malade guéri fut opéré par KRIEGER en 1892. Puis la chirurgie de l'ulcère perforé s'est répandue. Nous devons en FRANCE le premier essai de suture à WALTER et PONCET, et c'est à l'aide de cette méthode que MICHAUX obtint la première guérison en 1894.

Une idée naissait ensuite : refuser le risque de maintenir en place un ulcère ayant déjà fait la preuve de son évolutivité en se compliquant d'accident perforatif. Dans ce but BRAUN, en 1893, associa une gastro-entéro-anastomose à la suture simple. Mais dans les suites de cette intervention, le pourcentage élevé d'ulcères peptiques constatés fit rechercher d'autres méthodes. Ainsi, dans un but identique, KEETLY pratiqua la première gastrectomie d'emblée pour perforation ulcéreuse. Les premiers partisans en ont été DUVAL vers 1920, VON HABERER et YUDINE en 1939.

A l'encontre des attitudes chirurgicales préconisées jusqu'alors, WANGENSTEEN devait décrire en 1935 un principe de traitement non opératoire d'aspiration continue, TAYLOR l'érigéait en méthode en 1947, et trouvait rapidement un écho en FRANCE avec QUENU, ISELIN et FONTAINE notamment.

Enfin, après 1960, l'opération de DRAGSTEDT associée à une gastro-entéro-anastomose ou à une pyloroplastie s'imposait, et gagnait de très nombreux partisans.

La recherche thérapeutique, face à l'ulcère perforé, se poursuit à présent avec les tentatives d'un traitement radical d'emblée, de type vagotomie hypersélective, sans drainage, effectuées depuis 1969 par JORDAN aux ETATS UNIS et HEDENSTEDT en SUEDE, auteurs dont les premiers résultats concernant cette méthode sont parus en 1976.

=====

ETIOLOGIE

GENERALE

DE LA

PERFORATION

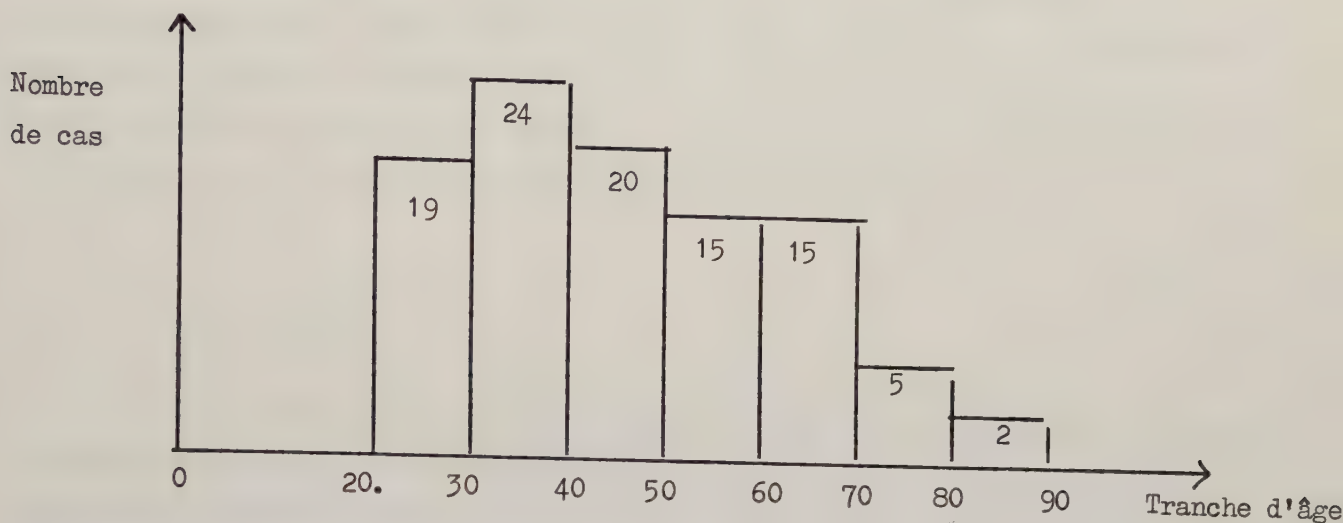
I - FREQUENCE GLOBALE :

Il est difficile de chiffrer avec précision la fréquence de la perforation au cours de l'évolution des ulcères. Nos observations provenant d'un service de chirurgie, il ne nous a pas été possible d'établir une statistique quant à l'ensemble de la pathologie ulcéreuse. Nous n'avons eu à faire en effet qu'avec les indications chirurgicales de la maladie et avec ses complications.

MOULINIER avance un taux d'ulcères perforés de 6 à 10 % par rapport à l'ensemble des ulcères, et SAVINO un taux de 9,8 %. Pour DEBESSE le pourcentage d'ulcères perforés est de 5 à 10 % par rapport à l'ensemble des malades souffrant d'ulcère, et si les interventions pour perforation représentent 17,4 % de toutes les interventions pour ulcère, elles arrivent au second plan après les hémorragies en ce qui concerne les complications. Pour VAYRE, les ulcères perforés représentent 20,3 % des ulcères chirurgicaux.

II - L'AGE :

Voici nos résultats, exposés en tranche d'âge. Ils ont une signification directe en pourcentage.



Ainsi, 63 % de nos perforations se sont produites entre 20 et 50 ans. La fréquence maxima est observée entre 30 et 40 ans. La moyenne d'âge est de 45 ans. Les extrêmes sont représentées par un jeune homme de 20 ans et une femme de 85 ans.

Ces chiffres sont parfois différents de ceux que nous avons trouvés dans la littérature. Si pour DEBESSE la fréquence maxima est entre 20 et 30 ans, pour CURTO-CARDUS et BONAFONTE elle est entre 20 et 40 ans, tandis que BOUCHARD, et GROSDIDIER la situent entre 30 et 50 ans, DELORE, BOUSQUET, THOMAS, entre 30 et 60 ans. JORDAN ou FANINI, l'évaluent entre 40 et 60 ans. Mais si ces chiffres diffèrent pour tous les auteurs, sauf pour MAGRASSI qui observe une fréquence plus importante entre 60 et 70 ans, la fréquence maxima de l'ulcère perforé se situe entre les âges limites extrêmes de 20 et 60 ans.

Dans notre série, nous n'avons pas observé de perforations ulcéreuses avant l'âge de 20 ans. Elles existent cependant, et presque tous les auteurs les signalent ; MOULINIER, BALASEGARAM, BUDIR, SARDA ou SAWYERS par exemple.

a - Le recrutement adulte du service ne nous a pas permis de constater l'existence chez l'enfant ou le nouveau né de perforation d'ulcère, pathologie réputée de diagnostic souvent difficile, mais elle est signalée dans la littérature, et COMBEMALE ou JORDAN rapportent même le cas de nourrissons de deux mois.

b - Nos chiffres moyens de fréquence maxima se rapprochent le plus des chiffres de la statistique de BUDIR, fondée sur l'étude de perforations ulcéreuses à l'hôpital d'ALGER. Cet état de fait est peut-être du dans notre propre travail à l'importance du nombre de transplantés que nous avons constatés, 47 malades, dont 27 plus précisément d'origine Nord-Africaine.

III - SEXE :

Nous avons traité 11 femmes victimes d'accident perforatif contre 89 hommes. Cet écart important est toujours signalé dans la littérature. Les statistiques concernant l'accident perforatif chez la femme oscillent entre 2,7 % pour CURTO-CARDUS à 19 % pour GRIFFIN, avec une moyenne générale de 8 à 10 % pour la majorité des auteurs. Quelques remarques nous ont paru intéressantes.

Si nous comparons ces chiffres à ceux de la statistique de LEVRAT, qui, dans le cadre de toute la pathologie ulcéreuse signale globalement 17 % de femmes et 83 % d'hommes, nous en déduisons que :

* La fréquence de la maladie ulcéreuse et la fréquence de l'accident perforatif sont plus importantes chez l'homme,

* Il existe un risque accru d'accident perforatif chez l'homme ce dernier ayant statistiquement plus de chance d'en pâtir,

* Sur nos 11 femmes victimes d'accident perforatif, 6 sont âgées de plus de 60 ans, et parmi elles nous avons enregistré 3 décès post-opératoires, soit 60 % de notre mortalité,

* Suivant le sexe, la moyenne d'âge que nous obtenons, 58 ans chez la femme et 43 ans chez l'homme, sont comparables aux résultats de CHICHE, 62 ans chez la femme et 45 ans chez l'homme.

Ainsi, nous constatons que l'accident perforatif a lieu à un âge plus avancé chez nos compagnes. Sa gravité paraît plus importante chez la femme parce que d'une part le diagnostic est posé avec hésitation en regard de la rareté de l'affection et que d'autre part, l'accident perforatif ayant lieu au cours du troisième âge, l'état général est moins bon et le risque opératoire d'autant plus accru.

IV - ANTECEDENTS :

Leur étude a son importance, car ils ont souvent fourni le fondement d'indications thérapeutiques (CLAVEL-DEBESSE).

Pour DELORE, un malade ayant des antécédents ulcéreux personnels ou familiaux présenterait une maladie ulcéreuse particulièrement évolutive et serait peut-être justiciable d'une chirurgie radicale vis-à-vis de l'ulcère. Pour CADY ou SICARD, par contre, la connaissance des antécédents n'est pas un facteur décisif.

A) Les antécédents de type familial n'ont pu être étudiés dans notre série, en regard de l'insuffisance statistique des renseignements dont nous disposions à ce sujet. Cette carence est due à la difficulté d'un interrogatoire minutieux chez des malades urgents et en plein drame abdominal.

LEVRAT et MOULINIER ont étudié la fréquence des antécédents familiaux dans 2 populations différentes, l'une de sujets présentant une maladie ulcéreuse, l'autre de sujets victimes d'accident perforatif ulcéreux. Ils n'ont pas trouvé de différence significative entre ces 2 populations. Les malades ayant des antécédents familiaux ulcéreux ne perforent pas plus que ceux qui n'en ont pas. Dans notre impression générale, les antécédents familiaux n'apparaissent pas non plus comme un facteur décisif tant sur le plan de la fréquence et de la gravité de la perforation ulcéreuse que sur le plan du choix du traitement de cette pathologie.

B) Plus importants nous sont apparus les antécédents personnels car ils sont les témoins directs de l'évolutivité de la maladie. Nous en avons étudié la fréquence, le type et l'ancienneté.

1° - Fréquence des antécédents personnels ulcéreux :

voici nos chiffres comparés à ceux de la littérature :

	ANTECEDENTS ULCEREUX CONNUS OU SUSPECTS	AUCUN ANTECEDENT
NOTRE STATISTIQUE	53 %	47 %
BONAFONTE	82,7 %	17,3 %
CHICHE	64 %	36 %
COUTSOFTIDES	80 %	20 %
COSSA	65 %	35 %
DELORE	49 %	51 %
GROSDIDIER	53,6 %	46,4 %
MOULINIER	68,8 %	29,2 %
SAVA	88 %	12 %
SAWYERS	63 %	37 %
SICARD	55,5 %	44,5 %
THOMAS	86 %	14 %

La littérature fait apparaître parfois des différences notables, liées peut-être à la difficulté de l'interrogatoire et à la conception même des antécédents personnels suivant les auteurs, quant au type et à l'ancienneté. Les chiffres diffèrent en effet, selon qu'on inclue ou non dans les antécédents ulcéreux connus, les antécédents les plus atypiques, par exemple. C'est pourquoi nous avons pensé que détailler le type et l'ancienneté avait son importance.

2° - Type :

Le type des antécédents personnels se répartit pour nos 53 malades en 2 groupes :

a) Les antécédents ulcéreux certains, avec diagnostic clinique et radiologique à l'appui. Ils représentent 40 malades dans notre série, soit 40 %,

b) Les antécédents ulcéreux probables et suspects, retrouvés à l'interrogatoire, avec épisodes dyspeptiques ou de brûlures gastriques, avec rythme et périodicité plus ou moins nets. Ils représentent 13 malades de notre série, soit 13 %.

Si nous rapportons ces résultats aux 53 cas où existent les antécédents nous constatons :

- des antécédents typiques dans 75,5 % des cas,
- des antécédents atypiques dans 24,5 % des cas.

Nos résultats concordent avec ceux de MOULINIER qui a constaté dans une série de 164 malades, 113 cas ayant des antécédents connus ou suspects. Dans 81 cas, soit 49,3 % du nombre total des cas, les antécédents étaient certains, et dans 32 cas, soit 19,5 % ils étaient atypiques. Si nous rapportons ces résultats aux 113 cas ayant des antécédents, les antécédents ulcéreux typiques représentent 71,7 % des cas avec antécédents, et les antécédents atypiques 28,3 % des cas ayant des antécédents.

En progressant dans l'analyse, nous tendons donc au rétablissement dans la littérature de chiffres moyens identiques.

Nous avons pu classer les ulcères révélés par l'accident perforatif de la façon suivante :

* 27 accidents perforatifs inauguraux représentant le premier et seul symptôme de la maladie,

* 16 accidents perforatifs au cours de la première poussée ulcéreuse typique cliniquement et datant de moins de 15 jours,

* 4 accidents perforatifs au cours d'une première poussée ulcéreuse atypique cliniquement, datant de moins de 15 jours.

Nous pouvons donc considérer :

- * 27 % de perforations ulcéreuses inaugurales au sens strict,
- * et 20 % d'"ulcères perforés" au cours d'une première poussée.

Le chiffre moyen de 30 % de perforations révélatrices est admis dans la littérature (VUILLARD) avec des différences sensibles suivant les auteurs (7,8 % pour SAVINO, 20 % pour SMIRNOV, 36 % pour CHICHE à 51 % pour DELORE). Mais ce pourcentage n'a qu'une valeur relative selon que les auteurs définissent l'"ulcère aigu perforé" sur les données anatomiques de l'intervention, ou sur l'absence d'antécédent ou leur présence depuis moins de 6 mois.

Si nous étudions l'ancienneté des antécédents, nous achevons de rétablir une concordance entre les résultats des différents auteurs.

3° - Ancienneté :

Dans 13 de nos dossiers, l'ancienneté des antécédents ulcéreux n'est pas précisée. Pour les 87 cas restant, les antécédents ulcéreux sont répartis suivant leur ancienneté dans le tableau suivant :

ANTECEDENTS ULCEREUX SUIVANT L'ANCIENNETE	NOMBRE	POURCENTAGE
Nuls ou inférieurs à 6 mois	47	54
6 mois à 1 an	5	5,7
1 à 2 ans	5	5,7
2 à 3 ans	4	4,6
3 à 4 ans	1	1,2
4 à 5 ans	1	1,2
5 ans et plus	24	27,6
TOTAL	87	100

Nos résultats coïncident avec ceux de la littérature si l'on rapporte les chiffres cités par les auteurs au nombre total des cas, dont on connaît avec précision l'ancienneté des antécédents. Ainsi, pour nous, dans 54 % des cas, les antécédents sont nuls ou inférieurs à 6 mois, dans 51 % des cas pour DELORE, dans 43 % des cas pour MOULINIER ou CHICHE. VUILLARD admet une moyenne de 45 % de perforations ulcéreuses sans antécédent.

Les antécédents sont inférieurs à 5 ans dans 72,4 % des cas dans notre travail, dans 73,2 % des cas pour MOULINIER, dans 78 % des cas pour DELORE ou CHICHE. Les antécédents datent de 5 ans et plus dans 27,6 % des cas pour nous, 26,8 % des cas pour MOULINIER, 21 % des cas pour DELORE ou CHICHE.

Nous pouvons conclure l'étude de ces résultats concernant les antécédents personnels avant perforation, avec les remarques suivantes :

- * la perforation survient plus fréquemment au cours des 5 premières années d'évolution de la maladie ulcéreuse, avec une prédominance nette dans les premiers 6 mois, (45 à 50 % du nombre de cas total),

- * dans 27 % des cas pour nous, 30 % dans la littérature, la perforation est inaugurale,

- * lorsque les antécédents existent, ils sont typiques dans 3/4 des cas.

V - LES FACTEURS DECLENCHANTS ET LES CIRCONSTANCES FAVORISANTES

Sans leur donner une valeur statistique nous avons pu recueillir un certain nombre de renseignements concernant les facteurs susceptibles de déclencher ou de favoriser la perforation ulcéreuse.

I - La notion de traumatisme professionnel déclenchant, a intéressé quelques auteurs et comme eux, nous avons recherché la profession de nos malades.

Sur 92 situations professionnelles précisées, nous avons relevé 26 sédentaires soit 28,3 % et 66 travailleurs manuels soit 71,70 %. Parmi ces derniers, 25 hommes astreints à un travail de force ont perforé leur ulcère sur les lieux mêmes du travail, un cas est affirmé au cours d'un effort violent.

Dans la littérature, pour les quelques auteurs intéressés, le pourcentage de travailleurs manuels ayant perforé un ulcère est toujours plus important que celui des sédentaires. MOULINIER a retrouvé 74 % de travailleurs manuels chez 70 malades où la profession était signalée.

HAMANT et ROTHAU* notent 90 % de travailleurs manuels et 10 % de sédentaires, et SHIPLEY*, 86 % (* cités par MOULINIER). Ces chiffres n'ont pas grande valeur statistique puisqu'ils dépendent du recrutement de l'hôpital intéressé. Mais si l'on se réfère à une étude soviétique proposée par SHULYAK en 1976, et concernant les perforations ulcéreuses gastro-duodénales chez les travailleurs de l'industrie métallurgique, la notion de traumatisme professionnel déclenchant paraît étayée. En effet, le nombre des ouvriers en poste "Dur", (efforts violents intermittents), qui ont perforé un ulcère gastro-duodéal paraît plus important que celui de leurs camarades travaillant dans des postes demandant moins d'efforts.

II - Déclenchement médicamenteux.

Nous avons pu étudier plus précisément les perforations d'ulcère gastro-duodéal, en rapport avec les causes médicamenteuses. Sur 100 malades nous avons constaté 13 cas où la prise médicamenteuse peut être incriminée. Nos résultats sont identiques à ceux de CHICHE qui retrouve 12,3 % de malades victimes de perforation ulcéreuse après absorption de médicaments, sur 284 cas.

BOUSQUET, en revanche ne cite que 7 cas sur 200 soit 3,5 %, et GROSDIDIER 9 cas sur 125 soit 7,2 %.

C'est sans antécédents ulcéreux que tous nos malades, sauf un seul, ont présenté leur accident perforatif post-médicamenteux.

* l'Acide Acétyl Salicylique, pris à forte dose est 6 fois en cause,

* les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Phénylbutazone et Indométacine) sont en cause chez 4 malades présentant une maladie rhumatologique et traités depuis 3 semaines à 2 ans,

* les anti-inflammatoires stéroïdiens (Corticoïdes) sont en cause 3 fois :

= pour un jeune homme atteint de la maladie de HODGKIN,

= pour une femme de 66 ans souffrant d'asthme,

= pour un homme de 60 ans souffrant d'un cancer de la sphère O.R.L.

Nous avons enregistré le décès post-opératoire de ces deux derniers malades.

Malgré le nombre restreint de nos perforations ulcéreuses post-médicamenteuses, nous avons répertorié le nombre de cas suivant la localisation et suivant le sexe des malades intéressés, en les comparant respectivement aux nombres de cas de chaque catégorie, (sont éliminés ici les 2 cancers gastriques et l'ulcère peptique de notre série).

LOCALISATION	NOMBRE D'ACCIDENTS POST-MEDICAMENTEUX	NOMBRE D'ACCIDENTS PERFORATIFS	POURCENTAGE
GASTRIQUE	3	10	30
DUODENALE	10	87	11,50

SEXE	NOMBRE D'ACCIDENTS POST-MEDICAMENTEUX	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE
♂	9	87	10,30
♀	4	10	40

Il nous semble donc à priori que le risque perforatif post-médicamenteux soit plus important chez la femme et semble plus élevé dans la localisation gastrique que duodénale. Mais l'insuffisance numérique de notre constatation n'en fait qu'une remarque purement spéculative.

En revanche, et comme WAGNER, nous ne voulons pas distinguer les médicaments susceptibles de créer l'ulcère ou ceux, simplement capables de compliquer un ulcère en place (mis à part, bien évidemment les anti-coagulants). Ces médicaments de principes actifs très puissants sont pour nous autant capables de créer l'ulcère que de le compliquer s'il est en place. Ils ne peuvent donc être prescrits que ce soit chez le sujet sain ou chez l'ulcéreux qu'avec de grandes précautions, après un interrogatoire minutieux. Cela est d'autant plus vrai, qu'en ce qui concerne les effets recherchés, analgésie et action anti-inflammatoire, notre arsenal thérapeutique substitutif décrit par WAGNER n'est pas négligeable.

Pour cet auteur, même si ces médicaments de remplacement ne permettent pas dans tous les cas une substitution satisfaisante aux médicaments gastro-toxiques, les affections où ces médicaments (en particulier stéroïdiens) sont irremplaçables, sont en nombre limité.

III - Nous avons pu déterminer l'horaire de l'accident perforatif dans 70 cas.

1° - 61,5 % de nos perforations se sont produites depuis le début de l'ingestion alimentaire jusqu'à la vidange complète de l'estomac, estimée à 4 heures après. Parmi elles, 13 % ont eu lieu en cours d'ingestion. Ces résultats sont comparables à ceux de CHICHE : 55 % des malades ont perforé leur ulcère de 0 à 4 heures après le repas, dont 6,6 % en cours de repas. ESTES et BENNET (cités par MOULINIER), dans une série de 53 observations notent que 72,70 % des cas ont présenté une perforation dans un délai de 3 à 5 heures après le repas. Nous n'obtenons quant à nous sur 70 observations qu'un pourcentage de 30 %. Ces résultats nous paraissent être en relation avec la sécrétion de suc gastrique, qui déclenché par l'ingestion alimentaire, atteint son maximum vers la deuxième ou troisième heure selon HERMAN et CIER.

Il est pourtant classique de considérer la perforation ulcéreuse comme se produisant plus facilement à jeûn (MOULINIER - VUILLARD). CECCALDI dans une série des perforations ulcéreuses chez les Musulmans, constate que dans 33,7 % des cas, la perforation a lieu au cours du jeûne du Ramadan, et BUDIR constate que dans une population algérienne, le nombre de cas, traités durant la période du jeûne rituel, est doublé par rapport aux autres mois. Dans notre série, 6 Musulmans seulement sur 27 ont perforé leur ulcère durant la période d'observance du jeûne, mais chaque fois, 3 à 4 heures après la prise alimentaire nocturne autorisée.

D'une façon générale, la majorité de nos accidents perforatifs est survenue en état de veille, et peut-être faut-il y voir comme KOZOLL et MEYER (cités par DELORE) un rapport avec les activités professionnelles et les soucis.

IV - Le facteur saisonnier

Il est également classique de retrouver dans la littérature une fréquence plus élevée de perforation d'ulcère aux saisons favorites des poussées ulcéreuses : printemps et automne. Nous avons obtenu pour notre part, un pourcentage plus important (63 %) de perforation dans la période été-automne, et une recrudescence sensible aux périodes d'inter-saison tout au long de l'année.

Comme pour CADY, cette recrudescence nous apparaît plus nette pour les patients ayant des antécédents ulcéreux confirmés. Pour HALL, les admissions pour ulcère duodénal sont moins fréquentes de juin à août inclus, et les ulcères duodénaux perforés moins fréquents en janvier. MAGRASSI fait état d'une fréquence plus élevée d'ulcères perforés durant les périodes de printemps-été et d'automne. Pour BUDIR, l'accident perforatif est plus fréquent au cours de la saison chaude. Et nos chiffres se rapprochant le plus des siens sont peut-être influencés par le nombre important de sujets Nord-Africains de notre statistique.

Mais, il est possible, en fait, que la saison n'importe que peu, car par trop variable sous nos latitudes suivant le lieu géographique et les inégalités météorologiques constatées d'une année à l'autre dans un même lieu au cours de la même saison.

Ainsi, pour BODHE, l'augmentation de la fréquence des perforations serait due à la combinaison de variations de pression diurne avec de petites variations de température diurne. C'est peut-être en fonction de ces paramètres que la saison interviendrait en fait dans l'augmentation de fréquence de l'ulcère perforé, à certaines périodes de l'année.

V - Facteur racial - transplantation.

Nous observons dans notre série 47 % de transplantés ; 27 % sont des sujets Nord-Africains. SICARD a retrouvé 24 immigrés, africains du Nord sur 110 malades. Il est difficile d'affirmer l'influence raciale dans la fréquence de l'ulcère perforé à l'aide de ces chiffres, puisqu'ils dépendent là encore du recrutement de l'hôpital intéressé. Il faudrait en effet collecter à l'échelle d'un territoire des statistiques d'ulcères perforés établies en rapport du nombre total de population pour chaque race.

BALASEGARAM, en 1968, sur 125 cas d'ulcères perforés dans un hôpital malais, a observé 120 cas chez des immigrés chinois et indiens. Si le facteur racial est donc difficile à établir par défaut d'élément comparatifs, il y a une certaine similitude entre nos résultats et ceux de BALASEGARAM en ce qui concerne le facteur transplantation. Et il est possible que l'ulcère perforé voit sa fréquence augmenter chez des gens vivant dans des conditions générales différentes de celles qui leur étaient dévolues à l'origine. Tous les facteurs déjà cités pourraient alors intervenir, majorés par l'éloignement psychologique et l'anxiété devant des structures nouvelles, dans des conditions générales de vie plus ou moins favorables.

R N A T O M I E P A T H O L O G I E

L O C A L I S A T I O N

Tous nos malades victimes d'accidents perforatifs ayant été traités par méthode opératoire, nous avons pu relever :

- dans 97 cas, les localisations suivantes :

LOCALISATION DUODENALE		LOCALISATION GASTRIQUE	
BULBAIRE	POST BULBAIRE	HAUTE SITUEE	ANTRO-PYLORIQUE
85	2	3	7
87		10	

- dans 3 cas restants, nous avons relevé :

* 2 perforations relevant un néoplasme gastrique, l'une sur le versant postérieur de la petite courbure et l'autre antro-pylorique,

* 1 perforation d'ulcère peptique siégeant sur l'anse efférente de gastro-entero -anastomose après traitement antérieur datant de 6 ans (vagotomie + gastro-entéro-anastomose).

La prédominance de la localisation duodénale est confirmée dans toutes les statistiques, sauf pour SMIRNOV.

	LOCALISATION		
	DUODENALE	PYLORIQUE	GASTRIQUE
NOTRE STATISTIQUE	87 %	7 %	3 %
CHICHE	61 %	18 %	21 %
ESPOSITO	68,9 %	9,2 %	11,6 %
JORDAN	88,5 %	1,4 %	10,15 %
MOULINIER	72,3 %	9,2 %	18,5 %
POILLEUX	70 %	15 %	15 %
THOMAS	62 %	22 %	16 %
BUDIR	55 %	45 %	
BONAFONTE	82 %	17,3 %	
COUTSOFTIDES	83,4 %	16,6 %	
SMIRNOV	15 %	85 %	
VARDOULIS	94,5 %	5,5 %	

Si nous comparons nos résultats avec la localisation pour l'ensemble de la maladie ulcéreuse dans la statistique de LEVRAT, l'ulcère dans sa forme duodénale perforée nous paraît plus fréquent (87 %) que la maladie ulcéreuse à localisation duodénale (62,8 %).

La localisation suivant le sexe est intéressante à souligner. Nous avons en effet, 10 ulcères perforés dans le sexe féminin dont :

* 3 à localisation gastrique, soit 30 %,

* 7 à localisation duodénale, soit 70 %.

Ce qui, par rapport aux pourcentages généraux des ulcères perforés : 10 % gastriques et 87 % duodénaux permet d'accuser une différence sensible. Par rapport à ce que

l'on observe chez l'homme, 8 % de perforation à localisation gastrique et 92 % à localisation duodénale, le risque perforatif chez la femme paraît plus important dans la localisation gastrique que duodénale. Mais il faut signaler chez les femmes un nombre de cas restreint dont il est difficile de tirer une conclusion statistique valable.

Nous avons retenu quelques caractères de la localisation :

* La grande majorité des ulcères perforés duodénaux siège sur la face antérieure du bulbe.

* Les perforations punctiformes ou lenticulaires ont une fréquence plus importante : 92 %, contre 8 % de perforations larges (1 cm et plus). La même remarque est faite, et les mêmes chiffres sont signalés par VUILLARD.

* Les caractères microscopiques n'ont pu être relevés avec précision, souvent non mentionnés dans les comptes rendu-opératoires, car il est difficile d'apprécier les critères différentiels entre ulcère calleux et aigu. MAGRASSI, cependant, signale 79,8 % d'ulcères calleux dans une étude portant sur 162 cas d'ulcères perforés.

Nous n'avons pas constaté de perforations multiples gastriques et duodénales. En revanche, de nombreux auteurs signalent cette forme anatomique de la perforation ulcéreuse, et en particulier CECARELLI, FANINI, ESPOSITO et BASHKOV.



A B L E A U



L I N I Q U E

Le tableau clinique de la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal est classique. Nous pensons qu'il est inutile de revenir sur la clinique, maintes fois et parfaitement décrite, certains points cependant nous ont paru intéressants à relever :

* nous avons constaté dans 2/3 des cas environ, le drame abdominal décrit par MONDOR et le coup de poignard brutal de DIEULAFOY, premier symptôme de la perforation,

* nous avons constaté une seule hématomérose associée à l'accident perforatif. MOULINIER en souligne aussi la rareté ; il en a observé 4 fois sur 474 malades. En revanche, CHICHE signale 15 hémorragies avant perforation sur 284 cas et BOULAKIA dans sa thèse admet que 80 % des perforations saignent. "C'est rarement le même ulcère qui saigne et se perfore" pour VUILLARD,

* la radiographie de l'abdomen sans préparation (A.S.P.) relevant un pneumopéritoine est un argument de poids pour le diagnostic d'une perforation digestive, mais non décisif. Nous rejoignons là, une remarque de nombreux auteurs et en particulier FONTAINE. Nous avons, en effet, trouvé la présence d'un pneumopéritoine dans 64 % des cas. La radiographie a fait défaut dans 36 % des cas. Dans la littérature l'A.S.P. révèle un pneumopéritoine dans 62 % des cas pour DELORE à 88 % des cas pour BONAFONTE, et jusqu'à 98 %

des cas dans la statistique de FANINI,

* le plus souvent, le diagnostic clinique de perforation d'ulcère en péritoine libre est aisé, mais l'existence d'un syndrome atypique, avec absence d'antécédent et négativité de la radiographie abdominale le rend parfois plus ardu. Dans notre série, sur 36 malades chez lesquels la radiographie a fait défaut :

= 11 cas se sont présentés comme une péritonite appendiculaire avec point de Mac BURNEY, soit 11 % de l'ensemble de nos malades,

= 25 cas sous d'autres formes, dont :

- * 2 syndromes de perforation à séméiologie typique,
- * 14 syndromes atypiques (syndrome abdominal aigu chirurgical sans précision),
- * 6 péritonites sans cause,
- * 1 pancréatite,
- * 1 sigmoïdite,
- * 1 syndrome occlusif sub-aigu.

MOULINIER cite dans sa thèse, 8,84 % d'interventions pour ulcère perforé ayant débuté par une incision de Mac BURNEY, PRANDI signale sur 158 cas, 8 perforations avec tableau clinique de péritonite appendiculaire, DELORE, sur 206 cas en observe 12 et CHICHE à propos de 284 cas signale :

- * 26 péritonites sans cause soit 9 %,
- * 8 péritonites appendiculaires soit 2,8 %,
- * 10 % enfin d'urgences chirurgicales sans précision.

Nous n'avons pas observé de perforation en deux temps. DELORE cite 4 cas sur 206 perforations ulcéreuses.

Par contre la perforation spontanément régressive, (ou couverte selon MONDOR) est plus fréquente pour nous. Nous avons dénombré 5 cas, soit 5 %, DELORE signale 4 cas sur 206. On retrouve un cas seulement chez ESPOSITO, sur 327 ulcères perforés. SICARD signale 7 cas sur 96 interventions pour perforation ulcéreuse.

PROB E T H O D E S

T H E R A P E U T I Q U E S

Nos 100 malades ont été traités par les méthodes suivantes :

- Suture simple :	41
- Suture + épiplœoplastie :	44
- Exérèse + pyloroplastie :	2
- Suture + gastro-entéro-anastomose :	3
- Vagotomie + pyloroplastie :	5
- Vagotomie + gastro-entéro-anastomose :	2
- Gastrectomie d'emblée :	2
- TAYLOR + vagotomie secondaire :	1

Dans notre série, 85 ulcères perforés ont donc été traités par suture et 15 par d'autres méthodes, dont 9 par méthode radicale d'emblée de la maladie ulcéreuse. L'aspiration gastrique, de type TAYLOR, n'a été employée qu'une seule fois, et avec succès semble-t-il, mais chez un malade qui a subi au onzième jour une vagotomie double de principe.

Nos malades n'ayant pas tous été opérés par le même chirurgien, les indications ont été posées de manière variable. Cela explique la diversité des méthodes.

R E S U L T A T S

I - MORTALITE POST-OPERATOIRE

Nous entendons par mortalité post-opératoire, les décès survenus pendant la période d'hospitalisation, qui a suivi l'intervention.

LA MORTALITE GLOBALE. Indépendamment de la méthode chirurgicale appliquée à l'ulcère perforé, sur 100 cas suivis dans le service, nous avons relevé 5 décès, soit un taux de mortalité globale de 5 %.

En comparaison des résultats que nous avons colligés dans la littérature depuis 1964, (Tableau n° I), nous enregistrons l'un des taux de mortalité globale les plus bas. Les taux de mortalité s'échelonnent de 0 % pour BOUSQUET à 25,2 % pour CARABALONA. Les écarts nous paraissent donc importants.

Dans sa thèse, MOULINIER a souligné l'abaissement constant, dans le temps, du taux de mortalité de l'ulcère perforé. Nous pouvons nous-même mesurer les progrès réalisés. En effet, la statistique que nous avons établie de 1964 à 1977 fait apparaître pour 5 198 cas d'ulcères perforés traités de façon éclectique un taux moyen de 8,6 %, contre 22,1 % pour 7 981 cas dans une statistique colligée par DEBAKEY avant 1940.

En revanche, le même auteur, JORDAN, a constaté des taux de mortalité identiques entre 2 séries, l'une de 664 cas opérés de façon éclectique durant 20 ans avant 1965, et l'autre de 189 cas tous traités par méthode chirurgicale de 1965 à 1976.

Les différences enregistrées entre les taux de mortalité des différentes séries nous incitent à penser que ces chiffres globaux n'ont pas une grande signification. Ils dépendent, en effet, beaucoup de la qualité des malades que les chirurgiens ont été amenés à traiter, et exigent une analyse

TAUX DE MORTALITE GLOBALE APRES TRAITEMENT ECLECTIQUE DE L'ULCERE PERFORE

ANNEE	AUTEUR	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE DECES	POURCENTAGE
1940	DEBAKEY	7 981	1 771	22,1
1964	DELORE	206	18	8,7
1964	MOULINIER	404	37	9,15
1966	BOUCHARD	118	12	10,16
1971	BOUSQUET	200	10	5
1972	CARABALONA	123	31	25,2
1973	BONAFONTE	150	0	
1973	DEBESSE	78	6	7
1973	DONALDSON JARRETT	395	52	13,2
1973	MAGRASSI	160	25	15,60
1973	VAYRE	1 057	80	8
1974	JORDAN	853	49	5,7
1975	KIRKPATRICK	113	11	9,75
1975	SAWYERS	360	20	5,5
1976	CHICHE	284	37	13,5
1976	COUTSOFTIDES	169	13	7,69
1976	GRAY	192	22	11,4
1976	SKARSTEIN	126	7	5
1977	SICARD	110	12	10,9
1977	NOTRE STATISTIQUE	100	5	5
	TOTAUX <u>SANS DEBAKEY</u>	5 198	447	8,60

plus détaillée.

Voici nos observations.

OBS. N° 1 (F 5 661) : Madame V... MARIE - 84 ans

- Aucun antécédent ulcéreux.
- Perforation au cours d'une première poussée.
- Tableau clinique typique avec pneumopéritoine.
- Le 5 octobre 1972, suture simple : ulcère duodénal perforé de 1 cm de diamètre à la face antérieure du premier duodénum.
- Suites troublées par une cellulite du flanc gauche.
- Le 12 octobre 1972, réintervention. Lâchage de suture. On tente une G.E.A. trans-mésocolique.
- Décès le 24 octobre 1972 avec oedème aigu du poumon.

OBS. N° 2 (H 11 944) : Monsieur P... CANDIDE - 60 ans

- Ulcère connu depuis 35 ans, évoluant depuis 10 ans avec 2 ou 3 poussées annuelles.
- Foie cirrhotique et cancer de la sphère O.R.L. depuis 3 ans.
- Perforation brutale en dehors d'une poussée après prise d'Acide Acétyl-salicylique à forte dose pour des algies.
- Tableau clinique typique avec pneumopéritoine droit et gauche, et crachats sanguinolants.
- Le 10 août 1975, suture simple : ulcère de la face antérieure du duodénum.
- Suites troublées par un collapsus cardio-vasculaire, accident vasculaire cérébral, (hémiplegie gauche). On pose la question d'une métastase cérébrale.
- Décès le 29 août 1975. L'autopsie est refusée.

OBS. N° 3 (F 7 439 bis) : Madame V... YOLANDE - 66 ans

- Aucun antécédent ulcéreux. Asthmatique et arythmique.
- Depuis 2 mois, symptomatologie peu évocatrice d'ulcère. Se soigne elle-même avec BISMUTH et CHARBON.
- Prise de médicaments (Corticoïdes, Acide Acétyl Salicylique) depuis longtemps.
- Tableau de péritonite généralisée avec pneumopéritoine d'apparition retardée 24 heures après.

- Le 1er juillet 1975, suture simple : ulcère punctiforme de la face antérieure du duodénum.
- Décès le 2 juillet 1975 sur arrêt cardio-respiratoire avec oedème aigu du poumon.

OBS. N° 4 (H 13 194) : Monsieur D...JEAN - 45 ans

- Antécédents de douleurs typiques mais sans périodicité depuis un peu plus de 20 ans.
- En poussée depuis 6 mois avec dyspepsies et douleurs péri-ombilicales.
- Tableau clinique typique avec pneumopéritoine.
- Le 15 juillet 1976, suture + épiplooplastie : ulcère perforé du bord supérieur du bulbe duodénal. Découverte d'une sténose pylorique d'origine ulcéreuse et d'un néoplasme circonférentiel du cardia in-enlevable.
- Le 22 juillet 1976 : G.E.A. trans-mésocolique sur anse courte.
- Décès brutal le 25 juillet 1976.
- Autopsie : néoplasme du 1/3 moyen de l'oesophage fistulisé dans l'arbre aérien (fistule oeso-trachéale). Métastases pleurales et vertébrales.
- Ana.Path. : Carcinome épidermoïde kératinisant.

OBS. N° 5 (F 8 191) : Madame G... HERMINE - 85 ans

- Antécédents de troubles ulcéreux depuis 6 mois.
- Tableau clinique de sigmoïdite depuis 12 heures. Pas de pneumopéritoine.
- Le 25 mai 1976 : gastrectomie subtotale avec anse en oméga sur le moignon gastrique : ulcère gastrique perforé de 2,5 cm de la petite courbure juste sous-cardiale.
- Suites troublées le 7ème jour par un tableau de dyspnée avec foyer parenchymateux de la base droite s'aggravant brutalement le 2 juin 1976 et évoluant vers une embolie massive.
- Décès le 3 juin 1976.

En somme, un décès semble lié directement à l'intervention, par lâchage de la suture et 4 décès paraissent dus à des causes intercurrentes :

- * 1 oedème aigu du poumon,
- * 1 accident vasculaire cérébral,
- * 1 embolie pulmonaire,

(Malheureusement, ces trois cas n'ont pu être confirmés par autopsie),

* 1 fistule oeso-bronchique sur cancer de l'oesophage, confirmée par autopsie.

QUELS SONT LES FACTEURS A L'ORIGINE DE CETTE MORTALITE ?

L'AGE des malades joue un grand rôle. Le pourcentage de mortalité s'élève avec l'âge et devient plus important après 60 ans. Dans notre série, la mortalité est nulle avant 45 ans. Après 60 ans, elle est de 18 %, et de 10 %, entre 60 et 80 ans. Nos deux malades opérés après 80 ans sont morts tous les deux.

Ces chiffres sont analogues à ceux de la littérature. KOZOLL et MEYER (cités par DELORE) signalent une mortalité de 75 % après 80 ans. PRANDI observe 5 % de mortalité avant 60 ans et 30 % après 60 ans. COSSA voit apparaître une flèche après 60 ans dans sa courbe de mortalité en fonction de l'âge. Cette dernière remarque est pratiquement constante dans l'ensemble des publications.

LES TARES PRE-EXISTANTES et le grand âge (plus de 80 ans) sont en cause pour SICARD. Nous pouvons faire la même remarque dans notre travail, puisque nos 5 décès se rapportent à 2 malades de plus de 80 ans et à 3 malades dont la perforation ulcéreuse est associée à une affection médicale grave (cirrhose, insuffisance cardio-respiratoire, cancer).

L'insuffisance numérique de nos décès ne nous a pas permis d'étudier si les ANTECEDENTS ULCEREUX ou si la LOCALISATION de l'ulcère jouent un rôle dans la mortalité. Pour DELORE et pour TAYLOR, les taux de mortalité sont très différents chez les malades présentant une perforation d'ulcère jeune (2,5 %), et chez les ulcéreux anciens (15 %). Pour KOZOLL et MEYER, la perforation devient d'autant plus grave que l'ulcère est plus haut situé. Nous avons dans notre série 1 décès sur 3 malades victimes de perforation haut située.

Il est classique dans la littérature de considérer l'INTERVALLE de TEMPS écoulé entre la perforation et l'intervention comme un facteur aggravant le taux de mortalité. Dans notre série, la presque totalité de nos malades a été opérée dans les 12 premières heures, et nous avons constaté :

- * 3 décès post-opératoires dans les 12 heures,
- * 1 décès pour un malade opéré dans les 24 heures,
- * 1 décès pour un malade opéré après 24 heures.

Pour NEMANICH et NICOLLOF, la mortalité des ulcères duodénaux perforés et suturés dans les 12 heures est de 3,7 %, alors qu'elle est de 20 % pour les ulcères suturés après un délai de 12 heures. Pour DELORE, 11 % des malades opérés avant 12 heures et 24 % de malades opérés après la 12ème heure. sont décédés. Pour PRANDI, il ne semble pas exister de différence de mortalité si le malade est opéré dans les 24 premières heures suivant la perforation. CHICHE relève 35 % de décès, quand le délai d'hospitalisation après le début de la perforation dépasse 48 heures, contre 7,9 % de décès pour les malades hospitalisés avant le 6ème heure.

LA CLINIQUE, enfin, a une certaine importance pour le pronostic. DELORE signale le caractère péjoratif du choc initial prolongé, dans la mortalité précoce des ulcères perforés. MOULINIER, KOZOLL et MEYER en confirment la gravité des hémorragies associées, tandis que pour KIRKPATRICK le choc opératoire, en lui-même, n'est pas un facteur aggravant. Nous n'avons pu, dans notre travail, vérifier ces éléments.

LA METHODE THERAPEUTIQUE, enfin, est largement mise en cause dans la majorité des publications, et s'opposent les partisans des méthodes conservatrices, de type TAYLOR et suture simple traitant la perforation, aux partisans des méthodes radicales d'emblée, gastrectomie et vagotomie, visant à guérir la maladie ulcéreuse.

Nous avons relevé dans notre série :

- * 4 décès sur 85 malades ayant bénéficié d'une suture simple ou associée à une épiplooplastie, soit 4,7 %,
- * 1 décès après gastrectomie d'emblée.

Nous avons comparé nos résultats avec ceux d'une revue de la littérature que nous avons effectuée surtout depuis 1965. C'est en effet vers cette époque que les premiers résultats des vagotomies appliquées à l'ulcère perforé ont commencé à paraître.

D'emblée nous avons noté une disproportion importante entre les séries de sutures et les séries d'interventions radicales.

-- Les taux de mortalité des sutures simples (tableau n° II) divergent de 0% pour HELLER ou pour BOUSQUET à 46 % pour CARABALONA. La moyenne s'établit à 7,9 %, pour 6 969 ulcères perforés et suturés.

Si nous comparons ces résultats à ceux d'une statistique que nous avons tentée d'établir jusqu'en 1965, concernant 8 443 ulcères perforés et suturés, avec un taux de mortalité de 21 %, (tableau n° III), nous confirmons l'abaissement du taux de mortalité dans le temps, par rapport à la même méthode de traitement. Cela est vraisemblablement du aux progrès de l'anesthésie et de la réanimation.

-- Il nous a paru intéressant de compléter cette étude de la mortalité de l'ulcère perforé et suturé, en la comparant avec l'autre méthode conservatrice, dite d'aspiration continue de type TAYLOR. Parmi les 48 auteurs que nous avons retemus pour l'établissement de notre précédente série statistique depuis 1965, à propos de l'ulcère perforé suturé, nous n'en avons répertoriés qu'une dizaine, pour lesquels le TAYLOR reste soit une méthode de traitement, soit une méthode préparatoire à l'intervention chirurgicale. Cela est significatif de la désaffection des chirurgiens modernes à l'égard de cette méthode, et nous rejoignons là les conclusions d'une publication de VAYRE sur le sujet en 1973.

Pour cette méthode d'aspiration continue, les taux de mortalité divergent de 0 % pour GROSDIDIER à 58 % pour DONALDSON et JARRETT, la moyenne s'établissant à 10 %, (tableau n° IV), c'est donc une méthode qui paraît grevée actuellement d'une mortalité élevée.

-- En revanche, les interventions radicales d'emblée semblent bénéficier d'une mortalité plus faible. Dans notre propre travail, à propos de 7 vagotomies associées soit à une pyloroplastie, soit à une gastro-entéro-anastomoses, nous n'avons répertorié aucun décès.

Les résultats de 32 auteurs, depuis 1965, que nous avons recherchés dans la littérature, font apparaitre pour 1 642 vagotomies appliquées à l'ulcère perforé, un taux de mortalité de 1,95 %, (tableau n° V).

Sur les deux gastrectomies pratiquées dans notre série, une malade de 85 ans, opérée d'une perforation juste sous-cardiale, de dimension importante est décédée au 10ème jour.

Sur un total de 2 309 gastrectomies que nous avons répertoriées chez 30 auteurs après 1965, le taux moyen de mortalité est de 4,3 %,

MORTALITE DES SUTRES SIMPLES

RESULTATS DE 49 AUTEURS APRES 1965

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE DE CAS SUTURES	NOMBRE DE DECES	POURCENTAGE
1966	BOUCHARD	64	10	15,6
1967	COMBEMALE	91	13	14,2
1967	HAMILTON	44	4	9
1968	BALASEGARAM	8	3	37,5
1968	HELLER	40	0	0
1968	HINSCHAW	20	3	15
1968	LAVIGNE	146	15	10
1968	NATALE	34	1	3
1969	CASSEL	224	11	5
1969	MARK	52	7	13
1970	DONALDSON JARRETT	300	27	9
1970	NEMANICH	79	9	11,4
1970	REES	174	5	2,8
1970	SMIRNOV	466	6	1,3
1971	BOOTH	344	9	2,6
1971	BOUSQUET	76	0	-
1971	Mac DONOUGH	187	19	10
1972	ABATE	411	17	4
1972	ADLOFF	222	14	5
1972	BONOMO	209	21	10
1972	CARABALONA	60	28	46
1972	KURZWEG	21	1	4,7
1972	WANGENSTEEN	89	2	2,3
1973	BONAFONTE	19	0	-
1973	DEBESSE	67	5	7,5
1973	ESPOSITO	397	38	9,2
1973	FANINI	33	2	6
1973	GROSDIDIER	125	12	9,6
1973	IMPERATI	39	3	7,7
1973	MAGRASSI	50	8	16
1973	NEITCHEFF	162	15	9,2
1973	RETTORI	69	6	8,6
1973	SAVA	125	9	7,2
1973	SITGES CREUS	43	2	4,6
1973	VAYRE	621	57	9,1
1973	ZANELLA	34	8	23,5
1974	GRECO	143	8	5,5
1974	JORDAN	306	32	10,4
1974	PRANDI	158	11	6
1975	KIRKPATRICK	75	8	10,7
1975	SAWYERS	254	17	6,7
1975	THOMAS	100	8	8
1976	CHICHE	230	33	9,9
1976	COUTSOFTIDES	131	11	7,8
1976	GRAY ROBERTS	77	10	13
1976	GRIFFIN	122	8	6,5
1976	SKARSTEIN	73	5	6,8
1977	SICARD	70	9	12,8
1977	NOTRE STATISTIQUE	85	4	4,7
	TOTAUX	6 969	554	7,9

TABLEAU n° III
MORTALITE DES SUTURES SIMPLES
RESULTATS DE 15 AUTEURS AVANT 1965

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE DE CAS SUTURES	NOMBRE DE DECES	POURCENTAGE
1940	DE BAKEY * (1)	5 589	1 450	26
1947	AZUMA	120	45	37,5
1951	TURNER	224	25	11
1957	DESMOND SEARGEANT	50	6	12
1957	HOYER	1 261	133	10,6
1959	OMEZY	145	5	3,4
1961	HARDY	168	10	6
1961	JORDAN-DE BAKEY*(2)	110	12	10,9
1961	MAYNARD	43	10	23
1961	PALUMBO* (3)	160	0	
1963	HARVEY	112	11	9,8
1964	DELORE	100	6	6
1964	MOULINIER	208	24	9,6
1964	RIBET	68	10	15
1964	TIEN CHENG	84	32	38
	TOTAUX	8 443	1 779	21

* (1) Cité par CHICHE

* (2) Cité par DEBESSE

* (3) Cité par DELORE

TABLEAU n° IV

MORTALITE POST-OPERATOIRE APRES ASPIRATION DE TYPE TAYLOR

RESULTATS DE 11 AUTEURS DEPUIS 1964

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE DE CAS TRAITES PAR TAYLOR	NOMBRE DE DECES	POURCENTAGE
1966	BOUCHARD	38	1	2,6
1970	DONALDSON JARRETT	43	25	58
1971	BOUSQUET	76	2	2,7
1972	CARABALONA	2	0	
1973	DEBESSE	5	1	20
1973	GROSDIDIER	113	0	
1973	RETTORI	13	1	7,7
1973	VAYRE	180	14	7,7
1975	KIRKPATRICK	2	1	
1977	SICARD	14	0	
	TOTAUX	530	53	10

MORTALITE DES VAGOTOMIES

RESULTATS DE 32 AUTEURS APRES 1965

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE CAS	DECES	POURCENTAGE
1966	BOUCHARD	7	0	
1966	HAMILTON	39	0	
1968	BALASEGARAM	10	0	
1968	DEROM	73	4	5,5
1968	HINSCHAW	180	2	1
1968	NATALE	24	0	
1969	HIVET	10	1	10
1969	MARK	15	0	
1969	SMITH BEEHAN	61	0	
1970	DONALDSON JARRETT	6	1	16,6
1971	CARLES	17	2	12
1971	Mac DONOUGH	17	0	
1972	BONOMO	60	0	
1972	CARABALONA	19	1	5,2
1972	WANGENSTEEN	26	0	
1973	BONAFONTE	114	0	
1973	CURTO-CARDUS	112	0	
1973	GRASSI	17	0	
1973	GROSDIDIER	22	0	
1973	IMPERATI	67	0	
1973	PEDINIELLI	94	1	0,9
1973	PIERA MAS SARDA	76	6	7,9
1973	STOPPA	53	0	
1974	JORDAN	208	5	2,5
1975	KIRKPATRICK	36	2	5,5
1975	SAWYERS	99	3	3,03
1976	CHICHE	9	0	
1976	COUTSOFTIDES	23	2	9
1976	JORDAN	25	0	
1976	GRAY ROBERTS	99	1	1
1977	SICARD	17	1	5,9
1977	NOTRE STATISTIQUE	7	0	
	TOTAUX	1 642	32	1,95

Avant 1963 : KINCANNON : 4 cas, 0 décès.

MORTALITE DES GASTRECTOMIES
RESULTATS DE 30 AUTEURS APRES 1965

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE CAS	DECES	POURCENTAGE
1966	BOUCHARD	9	1	11,1
1968	BALASEGARAM	115	2	1,7
1968	NATALE	46	2	4
1968	MACHAYYA	73	4	5,45
1969	MARK	4	0	
1970	DONALDSON JARRETT	46	1	2
1970	SMIRNOV	122	2	1,6
1972	ABATE	59	0	
1972	BONOMO	306	12	4
1972	CARABALONA	33	2	6
1972	FAVI	260	19	7
1972	Mac DONOUGH	6	2	33
1973	BONAFONTE	17	0	
1973	DEBESSE	6	0	
1973	ESPOSITO	80	7	8,7
1973	FANINI	111	2	1,8
1973	GROSDIDIER	18	0	
1973	IMPERATI	47	2	4
1973	MAGRASSI	83	7	8,4
1973	SAVINO	57	0	
1973	SITGES CREUS	61	3	4,9
1973	VAYRE	162	8	4,9
1973	ZANELLA	169	7	4,1
1974	JORDAN	327	7	2,1
1974	CHICHE	11	4	36,4
1975	SAWYERS	11	0	
1976	COUTSOFTIDES	6	0	
1976	SKARSTEIN	53	2	3,8
1977	SICARD	9	2	22,2
1977	NOTRE STATISTIQUE	2	1	
	TOTAUX	2 309	99	4,3

(tableau n° VI), situé à mi-chemin entre celui de la suture et de la vagotomie.

Au terme de ce chapitre concernant la mortalité post-opératoire de l'ulcère perforé, nous avons la notion d'un bilan plus lourd pour les méthodes conservatrices. Les taux de mortalité de la méthode de TAYLOR, 10 %, et de la suture simple, 7,9 %, sont en moyenne nettement plus élevés que ceux des vagotomies, 1,95 %, et des gastrectomies, 4,3 %. Mais la suture ou le TAYLOR, sont le plus souvent réservés aux plus mauvais cas chirurgicaux, et par là même, grevés d'une importante mortalité.

Dans notre série, cependant, la suture bénéficie d'un taux de mortalité inférieur à 5 %. Dès lors, si nous prenons en considération nos résultats propres, le choix d'une technique opératoire ne peut se faire objectivement que sur l'établissement des résultats à distance.

II - MORBIDITE

Nous avons relevé dans notre série 10 complications post-opératoires précoces.

A) - 4 de ces cas, compliqués après intervention, ont nécessité une réintervention et ont été suivis de guérison.

* 2 lâchages de sutures :

OBS. N° 1 (H 9 862) : Monsieur S... AMEDEE - 53 ans

- Antécédents ulcéreux, confirmés radiologiquement.
- Le 27 février 1974 : perforation au cours du repas du soir.
- Clinique typique + pneumopéritoine.
- Suture simple : ulcère duodénal.
- Le 8ème jour : suites compliquées par des douleurs épigastriques violentes et présence de liquide gastrique dans le drain.
- Le 7 mars 1974 : réintervention : lâchage de suture : Gastro-duodénectomie des 2/3 + polya-précolique. Suites simples.
- Réintervention en mars 1975 pour cholécystite lithiasique.

OBS. N° 2 (H 11 068) : Monsieur P... MILIVOGE - 39 ans

- Ulcère connu.
- Le 12 décembre 1974 : perforation.
- Clinique typique + pneumopéritoine.
- Suture simple : ulcère duodénal. Perforation lenticulaire.
- Le 3ème jour : suites compliquées par fistule gastrique avec météorisme absent.
- Le 7ème jour : la sonde gastrique donne 700 cc et l'état général se dégrade.
- Le 20 décembre 1974 : réintervention au 8ème jour : gastrectomie des 2/3 + Finsterer précolique.
- Suites simples.
- Réintervention le 24 janvier 1976 pour occlusion par brides.
- Revu régulièrement : va bien.

Ces 2 sutures ont été effectuées sans épiplooplastie sur des ulcères calleux anciens.

* 1 sténose du pylore précoce, où la sonde naso-gastrique a ramené une quantité importante de liquide.

OBS. N° 3 (H 11 668) : Monsieur D... RENE - 55 ans

- Pas d'antécédent ulcéreux.
- Le 22 mai 1975 : perforation au cours d'une poussée cliniquement très atypique : pas de périodicité, pas de remission à la prise alimentaire.
- Clinique de l'accident perforatif typique avec pneumopéritoine.
- Suture simple : ulcère duodénal lenticulaire.
- Le 6ème jour : suites troublées par stase gastrique, sténose pylorique et abcès sous-hépatique.
- Le 28 mai 1975 : réintervention : gastro-duodénectomie des 2/3. Anastomose gastro-jéjunale (Finsterer précolique).
- Suites simples.
- A 1 an et 3 mois, revu, ne souffre plus.

* 1 occlusion précoce.

OBS. N° 4 (F 8 370 ter) : Madame E... SOPHIE - 71 ans

- Ulcère connu depuis 20 ans.
- Vagotomie + G.E.A. en 1970 : ulcère duodénal.
- Le 12 août 1976 : perforation au cours d'une poussée.
- Suture simple : ulcère peptique sur l'anse efférente de G.E.A. près de l'angle duodéno-jéjunal.
- Le 13ème jour : suites compliquées par un syndrome occlusif.
- Le 25 août 1976 : réintervention : duodéno-jéjunostomie.
- Suites troublées par méloenas et hématémèse.
- Le 3 septembre 1976 : dégastro-gastrectomie + Finsterer précolique + jéjuno-jéjunostomie. Suites simples.
- Revue, va bien, discret syndrome de l'anse afférente.

En dehors de ce dernier cas compliqué secondairement d'une hémorragie ayant amené une nouvelle reprise chirurgicale, nous avons retenu :

B) - 3 méloenas ayant guéri après traitement médical.

OBS. N° 5 (F 4 518) : Madame N... CONCEPTION - 46 ans

- Ulcère connu depuis 4 ans.
- Le 14 mars 1971 : perforation après prise massive d'Acide Acétyl Salicylique.
- Clinique typique avec pneumopéritoine.
- Suture + épiplooplastie d'un ulcère du versant duodénal du pylore.
- Le 6ème jour : suites compliquées par méloenas.
- Guérison temporaire sous traitement médical.
- Le 29 avril 1971 : réintervention : Dragstedt + antro-duodénectomie + polya pour réapparition d'hémorragies digestives.
- Suites simples : perdue de vue.

OBS. N° 6 (H 8 620) : Monsieur I... SISTO - 62 ans

- Antécédents ulcéreux avec traitement médical mal suivi.
- Le 11 avril 1973 : perforation.
- Clinique typique avec pneumopéritoine.
- Suture + épiplooplastie : ulcère duodénal.
- Dès la 24ème heure : suites compliquées par méloenas récidivants.
- Le 18 avril 1973 : gastroscopie : malposition cardio-tubérositaire, pas d'ulcération, reflux de sang dans le duodénum.
- Guérison sous traitement médical. Revu régulièrement.
- Mars 1974 : radiographie + gastroscopie : lésion ulcérannte du canal pylorique.
- Le 3 avril 1974 : réintervention : gastrectomie des 2/3 + Finsterer précolique.
- Ana.Path. : 1 ulcus cicatrisé + 1 ulcus frais du canal pylorique.
- Suites simples.
- Mars 1977 : revu, va bien.

OBS. N° 7 (H 9 190) : Monsieur N... MOHAMMED - 27 ans

- Pas d'antécédent ulcéreux.
- Le 12 septembre 1973 : perforation au cours d'une poussée depuis 8 jours.
- Clinique atypique, contracture de l'hypochondre droit et de la fosse iliaque droite. Pas de pneumopéritoine.
- Suture simple : ulcère perforé lenticulaire duodénal.

- Le 3ème jour : méloenas avec hématoците à 20 %.
- La gastroscopie ne révèle rien d'autre que l'ulcère.
- Guérison sous traitement médical.
- Revu régulièrement : sans traitement depuis octobre 1974, va bien.

C) - Enfin, nous avons relevé quelques complications d'ordre général, ne mettant pas en cause la méthode opératoire :

- * 1 petite éviscération couverte,
- * 1 décompensation ictéro-ascitique de cirrhose,
- * 1 rétention vésicale.

-- Nous n'avons pas observé d'abcès sous-phrénique. Cette complication est signalée de façon classique dans la littérature. Les chiffres sont inégaux suivant la méthode opératoire, de 1 % pour CHICHE et VAYRE, et 5 % pour GROSDIDIER, à 9 % pour TAYLOR et EGBERT (cités par VAYRE). La méthode d'aspiration continue paraissant plus fréquemment suivie de cette complication.

-- Nous n'avons pas observé de médiastinite sur nos 7 vagotomies. Les détracteurs de cette méthode se retranchent souvent derrière cette complication, mais comme PRANDI ou SICARD, nous n'avons trouvé aucun cas décrit dans la littérature.

-- Enfin et pour conclure ce chapitre à propos de la morbidité de l'ulcère perforé traité, les seules complications graves que nous avons observées concernent surtout la série des sutures. Mais c'est le groupe le plus important quantitativement et il comprend une grande proportion de malades à hauts risques.

III - LES RESULTATS A DISTANCE

Sur 95 survivants après l'intervention initiale, nous avons pu suivre 86 malades, avec un recul allant de 6 mois à 9 ans. Nous avons seulement 9 malades perdus de vue.

Nous avons considéré à part :

* 1 cas concernant la perforation d'un ulcère peptique sur anse efférente de G.E.A. + vagotomie, pratiquée 1 an auparavant pour ulcère duodénal en évolution (MORBIDITE, obs. n° 4).

* et 2 cas dans lesquels la perforation ulcéreuse a révélé après intervention un cancer associé en évolution.

OBS. N° 1 (H 1 482) : Monsieur R... PASCAL - 56 ans

- Antécédents ulcéreux connus depuis longtemps, traitement médical + régime.
- Le 15 juillet 1967 : perforation brutale après une prise de BISMUTH.
- Clinique typique avec pneumopéritoine.
- Suture simple : gros ulcère calleux à la face postéro-supérieure de l'estomac avec perforation punctiforme. Découverte d'une cirrhose avec hypertension portale.
- Suites simples.
- Le 21 décembre 1967 : radiographies : zone d'irrégularité permanente du versant postérieur de la petite courbure.
- Le 12 octobre 1970 : gastroscopie : lésion néoplasique étendue de l'angulus jusqu'à la région sous cardiale du versant postérieur de la petite courbure verticale.
- La réintervention est impossible en regard du néoplasme du cardia.
- Souffre comme un ulcéreux jusqu'en février 1971, puis douleur non calmée par l'ingestion alimentaire.
- Le 21 janvier 1973 : décès.

OBS. N° 2 (H 12 985 bis) : Monsieur S... ADRIEN - 65 ans

- Pas d'antécédent ulcéreux.
- Le 13 août 1976 : perforation brutale sans prodrome et post-prandiale immédiate.

- Clinique typique sans pneumopéritoine.
- Suture + épiplooplastie : ulcère gastrique de 1 cm de diamètre.
- Le 29 septembre 1976 : bilan de contrôle :
 - * Radiographies : aspect rigide de la petite courbure verticale avec irrégularités et ulcérations du versant antérieur. Aspect lacunaire de la région antro-pylorique.
 - * Gastroskopie + biopsie : vaste lésion antrale sus-pylorique évoquant une ulcération néoplasique entourée par un bourrelet irrégulier et bourgeonnant.
 - * Ana.Path. : adénocarcinome gastrique.
- Le 12 octobre 1976 : réintervention : gastrectomie subtotale + Finsterer précolique. Ana.Path. : adénocarcinome pré-pylorique avec ulcérations à l'aspect d'ulcère cicatrisé.
- Suites simples.
- Suivi avec un traitement chimiothérapique.
- Le 26 mai 1977 : revu, va bien.

Nous avons donc trouvé, sur 12 localisations gastriques d'ulcère perforé, 2 affections néoplasiques. Cette notion est mentionnée par de nombreux auteurs. BALASEGARAM a découvert 2 cancers de la paroi postérieure de l'estomac sur 38 pièces de gastrectomie pour ulcère gastrique perforé. JORDAN note 4 néoplasmes sur 853 ulcères gastro-duodénaux perforés, et ESPOSITO 8 cancers de l'estomac parmi 332 cas de perforations ulcéreuses gastro-duodénales. HENNESSY note un cancer gastrique dans un peu moins de 2 % de ses cas d'ulcères perforés.

a -:- Les résultats éloignés après traitement définitif initial de l'ulcère perforé.

Dans notre travail, les vagotomies pratiquées pour ulcère perforé ont été associées 5 fois à une pyloroplastie et 2 fois à une gastro-entéro-anastomose.

- 3 malades ont un recul insuffisant de 1 à 4 mois,
- Sur 4 malades suivis de 18 mois à 6 ans nous avons constaté :
 - * 1 récurrence d'ulcère confirmé par le chimisme gastrique et la radiologie,
 - * et 3 bons résultats.

- Le chimisme a été contrôlé 4 fois sur 7 malades et révèle une vagotomie incomplète dans 3 cas.

- Enfin, sur 7 malades, nous avons constaté 2 réinterventions secondaires :

* pour une occlusion aigüe à 3 mois après vagotomie + gastro-entéro-anastomose,

* pour une éventration après vagotomie + pyloroplastie.

Sur les 2 gastrectomies réalisées dans notre série après perforation ulcéreuse, le malade survivant présente un bon résultat à un an.

Il ne nous est évidemment pas possible de porter un jugement sur les méthodes radicales d'emblée au vu de ces quelques résultats, en regard de l'insuffisance numérique de nos cas, et de l'inégalité entre les opérateurs, souvent jeunes et peu entraînés. Mais les différentes publications que nous avons pu consulter nous amènent aux remarques suivantes :

-:- Bien que la vagotomie soit la méthode en vogue depuis une dizaine d'années, peu de séries ont en fait un nombre de cas ou un recul suffisants. Souvent, lorsque le nombre de cas est conséquent, l'analyse n'a pas été approfondie, ou bien les résultats chiffrés regroupent les méthodes radicales d'emblée dans leur totalité (vagotomie + gastrectomie) sans rendre à l'une ou l'autre méthode ce qui lui revient. Il est donc difficile de s'en faire une idée très précise.

Cependant, la vagotomie + geste associé, semble avoir un pourcentage de récurrence faible par rapport aux autres méthodes de traitement de l'ulcère perforé. Le taux de récurrence des malades suivis après intervention varie de 0 % pour SMITH et BEEHAN (61 cas) ou BOUSQUET (53 cas) à 5,1 % pour PEDINIELLI (59 cas). Nous avons constaté que la moyenne des taux de récurrence est de 3 à 5 % pour la vagotomie + pyloroplastie ; après vagotomie + G.E.A. les taux atteignent en moyenne 8 à 9 % (statistique colligée par PEDINIELLI).

SAVA propose les mêmes chiffres après une revue de la littérature des 10 dernières années. Cependant pour lui, la méthode grevée du plus faible taux de récurrence est représentée par la vagotomie associée à une antrectomie. Cette méthode n'enregistre que 0,6 % de récurrences ulcéreuses à distance, et

Permet d'obtenir une anacidité gastrique à peu près totale sans mutilation excessive. Elle est préconisée par JOHNSON et ORR, STOCK et HUI et WELBOURNE aux U.S.A., MIALARET et EDELMANN en FRANCE, et GRASSI en ITALIE (cités par PEDINIELLI).

La vagotomie hypersélective sans drainage, pour JORDAN et ses collaborateurs semble être une méthode plus prometteuse encore, mais dotée actuellement d'un recul trop insuffisant pour juger des récidives éventuelles d'ulcère peptique. IMPERATI la considère comme le meilleur type de vagotomie applicable à l'ulcère duodénal perforé.

Enfin, les résultats obtenus par la vagotomie appliquée à l'ulcère perforé sont comparables aux résultats obtenus par cette même intervention à froid, appliquée à la maladie ulcéreuse : de 10 à 15 % des résultats seulement après intervention sont moyens ou passables avec Dumping syndrome et diarrhées, selon CADY.

-:- En ce qui concerne la gastrectomie en urgence, les résultats à long terme sont comparables pour DELORE ou ESCAT à ceux de la gastrectomie pratiquée à froid. Cependant, CADY relève un pourcentage de récidives ulcéreuses (ulcère peptique dans 1 à 5 % des cas) plus important qu'à froid.

Si l'on en croit les résultats de PERROTIN et HOLLENDER (cités par SAVA) présentés au 60ème Congrès Français de Chirurgie, le taux de récidives des gastrectomies est en moyenne de 1,42 %, avec 438 récidives sur 30 684 gastrectomies. Dans une revue de la littérature plus récente, nous avons nous-mêmes constaté des taux de récurrence de 0 % pour des statistiques minimales (SICARD : 5 cas suivis, ESPOSITO : 16 cas suivis) à 6,9 % pour des travaux plus importants (JORDAN et coll. : 10 récidives sur 144 cas suivis à propos de 327 résections gastriques).

-:- Les résultats d'ensemble, à propos des cas suivis au moins 2 ans, sont le plus souvent exposés en résultats :

excellents, bons, et médiocres,

ces derniers comprenant la plupart du temps les récidives, et font apparaître en moyenne 70 à 80 % de résultats excellents ; 10 à 20 % de résultats jugés bons ou satisfaisants (douleurs, troubles mineurs ou sans traitement médical), 10 % de résultats médiocres.

Ainsi, pour JORDAN :

- * 63,9 % d'excellents,
- * 22,9 % de bons,
- * 13,2 % de mauvais résultats.

Pour SITGES-CREUS :

- * 69,8 % d'excellents,
- * 28,85 % de bons,
- * 6,95 % de mauvais résultats.

Enfin BOUSQUET enregistre :

- * 78 % de succès total.

Et SKARSTEIN constate :

- * 28 % de troubles réapparaissant.

Enfin, sur un total de 271 cas opérés par méthodes radicales d'emblée, selon 4 auteurs colligés par SICARD (1977) on trouve une moyenne de 6,65 % de récurrences ulcéreuses.

b -:- Les résultats éloignés après traitement conservateur de l'ulcère perforé.

Dans notre série, nous avons traité 91 ulcères perforés par méthodes non radicales d'emblée, dites conservatrices.

Ont été pratiquées :

- * 1 taylorisation,
- * 2 pyloroplasties,
- * 3 sutures + G.E.A,
- * 85 sutures, dont : - 41 simples,
- 45 + épiploplastie.

1 - Le seul TAYLOR dont nous disposons dans notre série a été suivi d'un bon résultat immédiat pour le patient, puis une vagotomie + G.E.A de principe a été pratiquée au 11ème jour.

Nous n'avons pas l'expérience de la méthode proposée par DELAITRE, associant l'aspiration naso-gastrique et le lavage péritonéal.

2 - 2 malades ont été traités par exérèse + pyloroplastie. Voici leurs observations.

OBS. N° 1 (H 1 785) : Monsieur B... MOHAMED - 27 ans

- Ulcère connu et traité.
- Perforation le 16 décembre 1967 au cours d'une poussée durant depuis 3 jours.
- Clinique typique sans pneumopéritoine.
- Exérèse et pyloroplastie : ulcère duodénal sténosant.
- Suites simples.
- Chimisme à 5 semaines : suspicion de Zollinger-Ellison,
à 4 mois : sécrétion acide de base très élevée.
- Réintervention le 21 mars 1968 : Dragstedt et G.E.A.
- Suites simples.
- Cure d'événtration le 4 novembre 1968.
- Radiographie normale le 27 décembre 1968.
- Radio-cinéma : pas d'anomalie le 17 février 1969.
- Episodes fréquents de douleurs épigastriques. Radiographie négative.
- Cure pour récurrence d'événtration le 10 juillet 1969.
- Gastro-entérite à Salmonella le 24 février 1972.
- Non revu après sa sortie.

OBS. N° 2 (F 8 035) : Madame M... JOSEPHINE - 62 ans

- En première poussée ulcéreuse depuis un mois.
- Perforation le 30 juin 1976.
- Clinique atypique : tableau pseudo-appendiculaire sans pneumopéritoine.
- Exérèse + pyloroplastie : ulcère du bulbe duodénal à la face antérieure et lenticulaire.
- Suites opératoires simples.
- Ne souffre plus : reprise du poids normal le 31 mai 1977.

En somme, sur 2 exérèses + pyloroplastie, nous avons constaté 1 échec avec réintervention secondaire à 3 mois. L'autre résultat nous a semblé satisfaisant, mais avec seulement un recul de 11 mois.

3 - Nous disposons de 3 malades opérés par suture + gastro-entéro-anastomose. Voici leurs observations.

OBS. N° 3 (H 3 906) : Monsieur B... RENE - 59 ans

- Antécédents ulcéreux depuis plus de 5 ans.
- Perforation le 16 mars 1970.
- Clinique typique avec pneumopéritoine.
- Suture + G.E.A. large : ulcère post-pylorique perforé de 4 cm, sténosant.
- Suites simples.
- Diarrhée importante en septembre 1973.
- Radiographie de contrôle en septembre 1973 : fistule gastro-jéjunocolique.
- Réintervention le 15 octobre 1973 : exérèse d'un volumineux ulcère peptique très cicatriciel. Dégastré-gastrectomie + colectomie transverse. Suites simples.
- Suivi : revu le 8 octobre 1976, va bien.

OBS. N° 4 (H 4 634) : Monsieur F... ALLAOUA - 40 ans

- Antécédents ulcéreux probables depuis 5 ans.
- Perforation le 23 novembre 1970.
- Clinique typique avec pneumopéritoine.
- Suture + G.E.A. transmésocolique : ulcère duodénal de la face antérieure du bulbe.
- Reprise du syndrome ulcéreux dans les 10 jours post-opératoires.
- Chimisme gastrique le 8 décembre 1970 : hypersécrétion acide de base.
- Réintervention secondaire le 18 janvier 1971 : vagotomie tronculaire.
- Chimisme gastrique le 26 janvier 1971 : vagotomie incomplète probable.
- Novembre 1973 : radiographies : gastrite avec stase,
gastroscopie : risque d'ulcère post-opératoire. Zone
d'atrophie dégénérative,
chimisme : vagotomie incomplète.
- Perdu de vue.

OBS. N° 5 (H 13 088) : Monsieur W... ERNEST - 79 ans

- Pas d'antécédent ulcéreux.
- Perforation le 12 juin 1976 au cours d'une poussée provoquée depuis 2 jours par une prise importante d'Acide Acétyl Salicylique.

- Clinique atypique : syndrome sub-occlusif sans pneumopéritoine.
- Suture + G.E.A. transmésocolique : énorme ulcère calleux perforé + foie clouté.
- Suites simples.
- Pas de trouble digestif sinon constipation discrète.
- Décès le 2 juin 1977 : cause intercurrente.

En somme, sur 3 sutures + gastro-entéro-anastomoses, un malade âgé est décédé d'affection intercurrente un an après intervention. Les 2 autres ont été réopérés pour ulcère peptique. Cette méthode ne nous a donc pas donné satisfaction.

4 - Les résultats éloignés de l'ulcère perforé après suture.

Sur 85 malades suturés, 81 ont donc survécu à l'intervention. Nous avons éliminé de cette étude :

- * 3 complications post-opératoires avec réintervention précoce (MORBIDITE obs. n° 1 - 2 et 3),
- * 2 cancers d'estomac (RESULTATS A DISTANCE obs. n° 1 et 2),
- * 1 perforation d'ulcère peptique (MORBIDITE obs. n° 4),
- * 5 malades perdus de vue à leur sortie du service.

Nous avons pu suivre 70 malades suturés avec un recul de 6 mois à 9 ans. Nous avons regroupé les observations retenues sous 3 rubriques correspondant aux principales modalités évolutives de l'ulcère perforé après suture simple.

Un premier groupe de malades dont l'ulcère a récidivé de manière certaine comprend 24 cas,

Un second groupe de malades n'ayant jamais ressouffert, comprend 34 cas,

Un troisième groupe de malades ayant présenté des troubles mineurs ou atypiques comprend 12 cas.

1) LE GROUPE I recouvre 24 cas sur 70 malades suivis, soit un taux de récurrence de 34,3 %, 3 malades, soit 4,3 % ont vu reprendre l'évolution typique de leur syndrome ulcéreux, mais sont satisfaits par le traitement médical, et 21 malades, 30 %, ont du subir une réintervention chirurgicale, pour récurrence ulcéreuse.

La comparaison de nos résultats avec les chiffres de la littérature est transcrite dans le tableau n° VII, et invite à quelques commentaires.

Ce tableau rassemble 3 333 ulcères perforés et suturés suivis, par 32 auteurs que nous avons colligés dans la littérature depuis 1964. Nous observons un taux moyen de récurrence ulcéreuse de 55,6 % pour 2 448 cas chez 26 auteurs. Ce taux est plus faible que le taux moyen de récurrence, 62,8 %, d'une statistique de 16 auteurs colligés par MOULINIER avant 1964. Notre propre taux, 34,3 %, est nettement plus faible encore.

Cependant, l'appréciation des récurrences ulcéreuses est délicate et explique les différences importantes constatées entre les différentes séries, (18,5 % de récurrence ulcéreuse après ulcère perforé suturé pour BOUCHARD à 77,5 % pour HAMILTON). Cela dépend, outre les différents modes d'établissement des statistiques, de la distinction ou non suivant les auteurs entre les récurrences certaines et les troubles mineurs ou atypiques. Ces éléments ne sont pas signalés dans tous les travaux, et sont répertoriés par les uns dans le cadre des récurrences ulcéreuses, et par les autres dans le cadre des malades ne présentant plus ou peu de symptômes.

En revanche, si nous tenons seulement compte d'informations précises et sûres, comme les réinterventions, les différentes statistiques font apparaître des taux, certes différents, de 0 % pour BOUSQUET à 62,5 % pour HAMILTON, mais les taux moyens sont équivalents ; 34,3 % de réinterventions, après ulcère perforé suturé dans la statistique colligée par MOULINIER avant 1964, 35,6 %, dans celle que nous avons établie depuis 1964. Notre propre taux de réintervention, 30 % n'est pas significativement différent de ces résultats.

Nous pouvons en conclure qu'en moyenne, dans un tiers des cas, l'ulcère perforé et suturé nécessite une réintervention secondaire du fait de la reprise évolutive de l'ulcère.

TABLEAU n° VII

EVOLUTION A DISTANCE DES ULCERES PERFORES ET SUTURES

RESULTATS DE 33 AUTEURS DEPUIS 1964

ANNEES	AUTEURS	NOMBRE DE CAS SUIVIS	RECUL	GUERISON POURCENTAGE	SYMPTOMES -MINEURS -ATYPIQUES POURCENTAGE	RECIDIVES	
						TOTALES POURCENTAGE	REOPERES POURCENTAGE
1964	MOULINIER (16 auteurs avant 1964)	5 808	6mois-18 ans	33	-	62,8	34,3
1964	DELORE	83	8 - 19 ans	38,5	9,7	51,8	34,9
1966	BOUCHARD	27	-	81,5	-	-	18,5
1967	HAMILTON	40	1 - 9 ans	22,5	-	77,5	62,5
1968	LAVIGNE	131	-	49,7	-	50,3	2,3
1969	CASSEL	224	1 - 10 ans	-	-	-	36
1969	MARK	45	1 - 8 ans	-	-	-	49
1970	REES	174	1 - 10 ans	-	-	83	52
1971	BOUSQUET	69	3mois-10 ans	70	-	-	0
1972	ADLOFF	162	1,5 - 15 ans	16,6	29,8	53,6	49,3
1972	BONOMO	79	-	40	-	60	60
1972	JARRETT	252	1 - 25 ans	26	-	60	39
1972	Mac DONOUGH	139	1 - 10 ans	61	-	39	31
1972	WANGENSTEEN	84	5 - 20 ans	11	-	77	70

1973	ESPOSITO	273	5 ans	-	-	-	-	31,5
1973	FANINI	100	2 - 20 ans	24	44	-	-	32
1973	NEITCHIEFF	147	-	-	-	-	-	5
1973	RETTORI	44	1 - 10 ans	38,6	-	61,4	-	34,1
1973	SAVA	94	5 - 19 ans	40,4	-	59,6	-	47,9
1973	VAYRE	38	3 ans	76,3	-	23,7	-	18,4
1974	GRECO	234	5 ans	32	-	68	-	32
1974	JORDAN	63	3mois-24 ans	27	-	73	-	34,9
1974	PRANDI	55	1 - 14 ans	50	-	47	-	29
1975	GRIFFIN	71	2 - 25 ans	23,9	-	76	-	55
1975	KIRKPATRICK	67	5 ans	42	-	45,3	-	25,3
1975	SAWYERS	184	6 mois-20 ans	36	-	64	-	37
1975	THOMAS	78	6 mois-20 ans	38,4	-	61,6	-	46,2
1976	CHICHE	124	2 - 13 ans	35	-	65	-	35
1976	COUTSOFTIDES	47	-	25,5	-	74,5	-	53,2
1977	SICARD	44	6 - 15 ans	40,9	-	59,1	-	47,8
1977	NOTRE STATISTIQUE	70	6 mois-9 ans	48,6	17,2	34,3	-	30
	RESULTATS SANS MOULINIER	3 333		40,65 (2 470 cas, 27 auteurs)		55,6 (2 448 cas, 26 auteurs)		35,6 (3 333 cas, 32 auteurs)

-- Dans notre série, le délai après épisode aigu perforatif et récurrence ulcéreuse est chez nos 24 malades de 2 à 30 mois, Nous éliminons 2 cas dans lesquels la réintervention paraît avoir été pratiquée quasiment de principe, pour étudier la fréquence de récurrence en fonction du temps dans le tableau n° VIII.

DELAI ENTRE SUTURE ET RECURRE	NOMBRE DE RECURRES	POURCENTAGE
Dans les 6 mois	13	59,1
6 mois - 1 an	6	27,3
1 - 2 ans	2	9,1
2 - 3 ans	1	4,5
	22	100

TABLEAU n°VIII

Ainsi, après l'épisode aigu perforatif traité par suture, nous constatons que près de 60 % des réinterventions ont lieu dans les 6 premiers mois et que le nombre en est décroissant dans le temps.

-- Les modalités symptomatiques de la récurrence sur les 22 cas que nous avons retenus apparaissent comme suit :

* Syndrome ulcéreux périodique	: 7
* douleur + chimisme positif	: 4
* douleur + radiographie positive	: 6
* sténose pylorique	: 4
* méloenas	: 1

Nous n'avons pas constaté de perforation itérative dont MOULINIER

a observé un taux de 8 % parmi ses 97 cas de récurrences.

-- Le traitement de la récurrence a été mis en oeuvre :

* 3 fois par traitement médical, avec un bon résultat chez des patients souffrant de poussées ulcéreuses périodiques, mais suffisamment éloignées les unes des autres.

* 21 fois par interventions chirurgicales dont :

= vagotomie sélective	: 1
= vagotomie tronculaire + pyloroplastie	: 5
= vagotomie tronculaire + G.E.A.	: 6
= vagotomie tronculaire + antro-duodénectomie	: 6
= gastrectomie	: 4

A l'issue, sur 21 réopérés, nous déplorons 1 décès après vagotomie. Avec un recul de 6 mois à 9 ans, 11 malades paraissent guéris, 3 ont subi une réintervention tertiaire, 4 souffrent de troubles mineurs et atypiques. Dans 2 cas, le traitement médical est suffisant pour juguler la reprise d'un syndrome ulcéreux.

-- Quels sont les facteurs susceptibles d'intervenir dans la genèse des récurrences ulcéreuses après suture simple ?

* L'âge comme pour RIBET, ne semble pas, pour nous, un facteur déterminant. En effet, dans notre série, dans la même tranche d'âge, avant 50 ans, le pourcentage d'ulcères perforés suturés récidivants est à peu de choses près identique au pourcentage de perforations observées initialement dans cette tranche, par rapport au nombre de cas totaux. Un décalage est noté entre 50 et 60 ans où le taux de récurrence est de 8,4 % contre 15 % de perforations primitives et entre la tranche de 60 à 70 ans, où le pourcentage de récurrence est de 20,8 % contre 15 % de cas perforés initialement. Il n'y a pas eu de récurrence sur les 5 cas opérés de 70 à 80 ans.

En somme, en ce qui concerne le pronostic, nous observons peut-être, un avantage léger, après 50 ans, puisque 29,2 % des malades victimes de perforations ulcéreuses ont récidivé, contre 35 % de perforations

initiales et que avant 50 ans , 70,8 % ont récidivé alors que le nombre de cas totaux dans cette tranche est de 63 %.

Mais $1/5$ du nombre total de nos malades ayant perforé leur ulcère entre 20 et 30 ans, $1/4$ entre 30 et 40 ans, et $1/5$ entre 40 et 50 ans, les taux de récurrences après suture sont identiques dans ces tranches d'âge.

Pour LEVRAT et MOULINIER, le risque de récurrence est d'autant plus élevé si le sujet est jeune lors de la perforation : près de 50 % de ces récurrences ayant moins de 40 ans.

Pour ADLOFF, le pourcentage de réintervention est d'autant plus élevé que la perforation survient chez un sujet plus jeune (58 % de réinterventions avant 30 ans et 28 % entre 50 et 60 ans).

* Sur 24 malades ayant récidivé après suture de la perforation nous n'avons dénombré qu'une seule femme, soit 4,2 % alors que 11 % des ulcères perforés ont été dénombré dans le sexe féminin. A l'inverse de MOULINIER, cette différence pourrait prouver une tendance à la récurrence moins importante chez la femme. Mais ce petit nombre d'ulcères perforés dans le sexe féminin ne permet pas de tirer de conclusions valables.

* L'étude des antécédents personnels apporte des notions plus précises. Les antécédents ulcéreux sont en effet certains ou très suspects dans 22 cas sur 24 ayant récidivé, soit 91,6 %. Alors que pour l'ensemble des ulcères perforés, le pourcentage de cas comportant des antécédents ulcéreux est de 53 %.

* L'ancienneté des antécédents ulcéreux intervient également puisque dans notre série, sur 47 malades ayant des antécédents ulcéreux muls ou inférieurs à 6 mois, 3 seulement ont récidivé après suture. Nous consignons nos résultats dans le tableau n° IX en mettant en parallèle les ulcères récidivants dont on connaît l'ancienneté des antécédents avec précision et l'ensemble des ulcères perforés.

ANCIENNETE DES ANTECEDENTS ULCEREUX	ENSEMBLE DES ULCERES PERFORES SUTURES		ULCERES PERFORES RECIDIVANTS APRES SUTURE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Nuls ou inférieurs à 6 mois	47	54	3	15
6 mois à 1 an	5	5,7	3	15
1 à 2 ans	5	5,7	3	15
2 à 3 ans	4	4,6	2	10
3 à 4 ans	1	1,2	0	0
4 à 5 ans	1	1,2	1	5
5 ans et plus	24	27,6	8	40
TOTAL	87	100	20	100

TABLEAU n° IX

15 % des cas récidivants après suture seulement ont des antécédents nuls ou inférieurs à 6 mois alors que 54 % dans l'ensemble des ulcères perforés n'ont pas d'antécédents.

85 % des récidives ont des antécédents de plus de 6 mois, alors que seulement 46 % dans l'ensemble des ulcères perforés en possèdent, et 40 % des malades récidivant ont des antécédents de 5 ans et plus alors que 27,6 % seulement sont dans cet état dans l'ensemble des ulcères perforés.

Les différences sont chaque fois très significatives et tendent à étayer l'importance des antécédents dans la genèse des récidives ulcéreuses après suture de l'ulcère perforé.

La plupart des auteurs nous confirme cette notion. Pour LEVRAT et MOULINIER le risque de récurrence ulcéreuse est nettement plus élevé si le sujet a des antécédents familiaux ulcéreux et s'il souffre depuis une longue

période : 30 % des malades récidivants après suture souffrent depuis plus de 5 ans, contre 13 % des malades guéris.

ADLOFF enregistre 72 % d'échecs après suture chez les malades à long passé ulcéreux. Pour Mac DONOUGH et FOSTER, ou TAYLOR la fréquence des récidives et des réinterventions est de 50 à 75 % pour les ulcères chroniques. Pour GRECO, 65 % des hommes de 40 à 64 ans, à passé ulcéreux, subissent une réintervention à visée radicale.

Pour SICARD, en revanche, le nombre des réinterventions secondaires chez les malades primitivement suturés est comparable, que l'ulcère soit jeune ou ancien.

* La localisation de l'ulcère joue-t-elle un rôle dans la genèse de la récidive après suture de l'ulcère perforé ? Il ne semble pas.

En effet, pour nous comme pour MOULINIER, l'étude de la localisation de l'ulcère dans nos groupes de récidives, par comparaison avec l'ensemble des localisations des ulcères perforés, montre des chiffres sensiblement parallèles. Nous avons par exemple, 90 % de localisations duodénales dans l'ensemble des cas, et 91 % de localisations duodénales dans notre groupe de récidive.

2) LE GROUPE II correspond à 34 malades qui n'ont plus présenté aucun symptôme d'ulcère après la suture de leur perforation, soit un taux de guérison de 48,6 %. Le recul dont nous disposons est de 3 mois à 9 ans avec un recul moyen de 2 ans. Dans la statistique colligée par MOULINIER avant 1964, le taux de guérison est de 33 %. Dans la statistique que nous avons établie après 1964, le taux moyen est de 40,6 % pour 2 470 cas chez 27 auteurs. (Tableau n° VII) Notre pourcentage de guérison est donc nettement plus élevé. Les écarts entre les différents taux de guérison restent cependant importants : de 11 % pour WANGENSTEEN à 81,5 % pour BOUCHARD. Mais ce dernier comme d'autres auteurs qui font état d'un très fort pourcentage d'excellents résultats (BOUSQUET, Mac DONOUGH ou VAYRE) nous donne l'impression d'avoir rattaché à leur groupe les cas inévitables des syndromes mineurs ou atypiques que l'on observe toujours et qui sont difficiles à rattacher à un groupe bien défini.

— Quels sont les facteurs susceptibles d'intervenir dans le pronostic de la guérison ?

Nous avons étudié l'influence de l'âge, en comparant par tranche d'âge, le pourcentage de cas guéris par rapport au nombre de cas suivis guéris, et le pourcentage de cas totaux. Les taux sont parallèles pour chaque tranche et par conséquent non significativement différents, ainsi : 63 % de nos malades ayant perforé leur ulcère ont moins de 50 ans, et 64,8 % dans cette tranche d'âge sont guéris après suture.

Dans notre série, nous confirmons donc notre précédente impression : l'âge ne nous paraît pas un facteur déterminant dans le pronostic de l'ulcère perforé suturé.

En revanche, pour :

* MOULINIER : l'absence de récurrence est rare chez un sujet jeune avant 30 ans,

* SAVA remarque qu'après suture simple les chances de guérison à long terme sont d'autant plus grandes que la perforation survient chez des malades plus âgés,

* et CHICHE constate que avant 50 ans, 26 % des opérés ont guéri par simple suture, après 50 ans le pourcentage dépasse 50 %.

L'influence du sexe n'est pas pour nous déterminante puisque nous avons 4 femmes sur 34 cas, dans ce groupe des malades suturés guéris, soit 11,8 %, et ce taux est parallèle au pourcentage global de perforation (11 %) dans le sexe féminin. MOULINIER et CHICHE font la même remarque. En revanche, pour JARRETT, le pronostic est moins bon chez la femme, et pour Mac DONOUGH et GRECO, le risque de mauvais résultats est légèrement plus grand chez l'homme, entre 50 et 70 ans.

Les antécédents ulcéreux revêtent par contre une grande importance dans le pronostic de l'ulcère perforé.

En effet, si nous comparons la fréquence globale des antécédents ulcéreux de notre série (53 %) à la fréquence des antécédents ulcéreux chez les malades suturés guéris, 41,2 %, la différence est significative. Les malades ayant des antécédents ulcéreux ont moins de chance de guérison par simple suture.

L'ancienneté des antécédents est également très significative puisque 23 malades sur 32 suturés guéris (dont on connaît avec précision l'ancienneté des troubles), soit 71,85 % ont des antécédents nuls ou inférieurs à 6 mois, alors que la fréquence de ces malades est de 54 % dans l'ensemble des ulcères perforés. De même, 28,15 % seulement de nos malades suturés guéris ont des antécédents ulcéreux, alors que 46 % des malades en ont dans l'ensemble des ulcères perforés. Ces éléments sont rassemblés dans le tableau n° X

ANCIENNETE DES ANTECEDENTS ULCEREUX	ENSEMBLE DES ULCERES: PERFORES ET SUTURES		ULCERES PERFORES SANS RECIDIVE APRES SUTURE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Nuls ou inférieurs à 6 mois	47	54	23	71,85
6 mois - 1 an	5	5,7	3	9,4
1 - 2 ans	5	5,7	2	6,25
2 - 3 ans	4	4,6	1	3,1
3 - 4 ans	1	1,2	0	
4 - 5 ans	1	1,2	0	
5 ans et plus	24	27,6	3	9,4
TOTAL	87	100	32	100

TABLEAU n° X

Nous pouvons en déduire que dans la majorité des cas, où la perforation suturée n'a été suivie d'aucune récurrence, les antécédents sont nuls ou inférieurs à 6 mois. Mais les exceptions ne sont pas rares puisque dans 3 cas où l'ulcère évoluait depuis 10 à 20 ans, la perforation semble marquer

le terme de la maladie. Il est donc possible que dans certains cas, la perforation éteigne la maladie. Cette remarque est également faite par MOULINIER.

La littérature confirme notre impression générale quant au pronostic de l'ulcère perforé suturé par rapport à l'absence d'antécédents.

Pour Mac DOUNOUGH, 78 % de résultats sont satisfaisants pour une histoire datant de moins de 3 mois contre 47 % pour plus de 3 mois.

Pour SAVA, les malades ont d'autant plus de chance de guérir que les antécédents sont plus récents.

Pour CHICHE, en cas de perforation révélatrice d'un ulcère, la simple suture permet 43,5 % de guérison ; si la perforation survient après un long passé ulcéreux la suture ne permet que 32 % de guérison.

Contrairement à la notion acquise à l'aide de l'étude du groupe I, la localisation est dans le groupe II un peu plus significative. En effet, 28 malades sur 34 ulcères perforés suturés guéris, soit 82,35 %, sont de localisation duodénale, contre 89,7 % dans la série totale. De même, 17,65 % des ulcères suturés guéris sont de localisation gastrique, contre 10,3 % dans la statistique générale. Il semble que la localisation gastrique implique un pronostic légèrement plus favorable. Cette notion est d'ailleurs soulignée dans un grand nombre de publications et en particulier par MOULINIER et par SAVA

3) LE GROUPE III correspond à 12 malades ayant après suture des troubles mineurs, souvent atypiques. Ils ne peuvent être rattachés avec certitude aux deux autres groupes. Ils représentent 17,1 % de nos cas suivis de 6 mois à 9 ans.

Cliniquement les troubles se traduisent :

- dans 6 cas, par des douleurs épigastriques peu violentes, intermittentes parfois post-prandiales, sans évolution périodique et sans confirmation radiologique,
- dans 3 cas, par des pyrosis, sans douleur épigastrique ni traitement,

- dans 3 cas, par des troubles dyspeptiques, hyposthéniques avec ballonnements post-prandiaux et digestion lente.

Les éléments étiologiques sont difficiles à étudier dans ce groupe en regard de son insuffisance numérique.

L'étude de l'âge n'apporte rien de plus que dans les 2 groupes précédents. Les femmes en sont absentes.

Les antécédents ulcéreux sont nuls dans 8 cas sur 12, soit 66,66 %.

La localisation est duodénale dans les 12 cas.

Si l'on apprécie les résultats de ce groupe comme plutôt favorables en l'absence de récurrence typique, il ne fait que confirmer les résultats des groupes I et II, en ce qui concerne le pronostic de la perforation ulcéreuse en fonction des antécédents. En revanche, dans la même optique, la localisation duodénale deviendrait alors plutôt favorable pour le pronostic de l'ulcère perforé.



N D I C A T I O N S



H E R A P E U T I Q U E S

FAUT-IL OPERER LES ULCERES PERFORES ?

Malgré les résultats encourageants publiés par BOUSQUET (74 succès sur 120 cas), GROSDIDIER (113 succès sur 172 cas), VAYRE (106 succès sur 180 cas) la méthode de TAYLOR nous paraît devoir être utilisée uniquement chez les malades à très haut risque chirurgical : âge avancé, tares pré-existantes ou très mauvais état général à l'arrivée. Mais l'efficacité de la méthode doit être appréciée d'heure en heure par le même chirurgien et ne doit pas être prolongée plus de 24 heures si l'amélioration n'est pas franche. Elle est donc astreignante pour l'équipe médicale et le patient, et le taux d'échec précoce n'est pas négligeable (50 % pour PERROTIN).

La méthode proposée par DELAITRE associant à l'aspiration nasogastrique un lavage péritonéal nous paraît relever des mêmes indications, c'est à dire pratiquement des contre-indications de la chirurgie. Il nous paraît donc souhaitable d'opérer en urgence la quasi totalité des ulcères perforés.

QUELLE INTERVENTION CHOISIR ?

Le siège de l'ulcère a une grande importance dans ce choix.

1° En cas d'ulcère gastrique, il faut toujours penser à la possibilité du néoplasme gastrique perforé. On peut bien sûr proposer d'emblée une gastrectomie si le malade est en bon état général, si la perforation siège sur la moitié inférieure de l'estomac, la gastrectomie permet alors l'éradication d'un éventuel cancer gastrique perforé. L'examen histologique apporte la preuve du cancer sur les berges de la perforation. Mais certains auteurs rétorquent que la gastrectomie pour ulcère est différente de la gastrectomie pour cancer (pas d'exérèse épiploïque large, pas de curage ganglionnaire).

Peut-être alors, peut-on, comme TESTART, proposer une ulcérectomie permettant une biopsie puis une suture en tissu sain, quitte à réopérer le malade secondairement s'il s'agit d'un cancer.

Cette attitude est certainement à conseiller lorsque les structures chirurgicales se prêtent mal à un geste plus lourd, lorsque le cancer siège très haut sur l'estomac, ou lorsque des raisons d'état général font reculer. Il faut, en tout cas, disposer d'un examen histologique précis soit sur un fragment prélevé lors de l'intervention, soit au cours d'une fibroscopie réalisée de principe après une suture simple.

2° Le problème est différent en cas d'ulcère duodénal.

- L'ulcère né perforé ou l'ulcère médicamenteux doivent relever à nos yeux de la suture simple dont la mortalité dans notre série est très faible et dont le succès à long terme dans cette indication est durable. L'épiplooplastie complémentaire ne nous paraît pas indispensable. C'est la qualité de la suture qui assure son étanchéité et non pas l'adjonction d'un fragment d'épiploon. Celle-ci constitue par ailleurs une gêne lorsque l'on doit secondairement proposer au patient une vagotomie hypersélective (risque d'hématomes et de blessures du nerf moteur antro-pylorique).

- En cas d'ulcère ancien, il est tentant de réaliser en même temps la cure de la complication et de sa cause. La mortalité n'est pas très supérieure dans la littérature à celle de la chirurgie pour ulcère non compliqué et les résultats éloignés en sont aussi satisfaisants quand bien sûr les vagotomies sont efficaces cliniquement. Donc, en cas d'ulcère ancien à tendance sténosante chez un sujet en bon état, vu dans les 24 premières heures, on pourrait donc proposer une intervention à visée radicale. Laquelle choisir ? Une vagotomie, sans doute, mais laquelle ? Peu d'auteurs, comme JORDAN, effectuent des hypersélectives en urgence pour ulcère duodénal perforé. Cela implique qu'on pratique des vagotomies hypersélectives dans tous les cas d'ulcère duodénal et que la chirurgie d'urgence puisse se faire dans des conditions idéales. Ce n'est pas le cas actuellement au pavillon d'urgences viscérales de l'hôpital Edouard HERRIOT, comme dans bien d'autres centres où le chirurgien de garde peut recevoir à tout instant une rupture de grossesse extra-utérine, une rupture de rate ou un polytraumatisé.

Il faut alors se rabattre comme BONAFONTE, PEDINIELLI, SAWYERS, sur la vagotomie tronculaire associée le plus souvent à une pyloroplastie.

Or, à l'heure actuelle, dans le service de notre Maître J. FRANCILLON, notre tendance va dans le traitement de l'ulcère non compliqué vers la vagotomie hypersélective à condition que l'évacuation pylorique mise en évidence par des transits gastro-duodénaux minutés soit parfaite et que l'estomac ne soit pas hyperacide au chimisme à la pentagastrine. Sinon nous réalisons une vagotomie-antrectomie qui nous semble meilleure à long terme. Nous ne pouvons disposer de ces éléments d'appréciation en urgence.

Aussi, tant que les conditions de l'urgence seront celles d'aujourd'hui, tant que les résultats à long terme de la vagotomie hypersélective ne seront pas connus, en particulier dans les ulcères sténosants ou hypersécrétants, nous paraît-il logique de suturer les ulcères perforés, quitte à réopérer les patients à la première poussée ulcéreuse suivante après un bilan radiologique et chimique permettant de mieux préciser le choix de la méthode.

Cette tactique impose évidemment une réintervention, une incapacité prolongée mais elle nous paraît dans les données actuelles la voie de la sagesse.



O N C L U S I O N S

Ce travail analyse une série de 100 malades opérés en urgence d'une perforation d'ulcère gastro-duodénal et suivis dans le service du Professeur J. FRANCILLON.

Cette série comprend 89 hommes et 11 femmes dont l'âge moyen est de 45 ans. 47 % des patients n'avaient aucun antécédent gastro-duodénal.

87 fois l'ulcère était de siège duodénal, 12 fois de siège gastrique, (mais deux d'entre eux étaient malins). Une fois, il s'agissait d'un ulcère anastomotique.

Du point de vue clinique, 13 perforations succédaient à une prise médicamenteuse. 11 fois le diagnostic porté a été celui d'appendicite. 64 fois, il existait un pneumopéritoine.

Le traitement appliqué a été radical d'emblée dans 9 cas (7 vagotomies, 2 gastrectomies). 85 sutures simples ont été réalisées et 5 sutures après excision de l'ulcère ou associées à une gastro-jéjunostomie. La méthode de TAYLOR a été utilisée une seule fois.

La mortalité globale a été de 5 %, celle des sutures simples de 4,7 %. Un seul de ces décès est directement imputable à l'acte opératoire.

Quelques complications non mortelles sont à noter ; 2 lâchages de sutures, 2 sténoses pyloriques, une occlusion post-opératoire ayant toutes nécessité une réintervention précoce et 3 méloenas.

Sur 70 malades suturés, suivis, 24 ont présenté avec un recul allant de 6 mois à 9 ans une poursuite évolutive ou une récurrence ulcéreuse, 21 ont dû être réopérés.

Mais sur 47 ulcères nés perforés suturés, 3 seulement ont présenté une récurrence ulcéreuse.

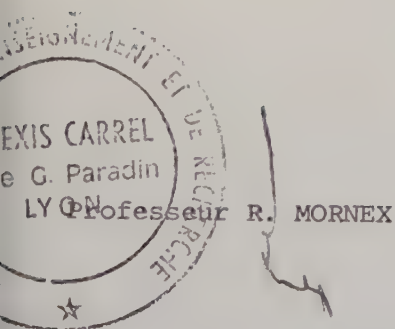
La suture paraît donc une méthode de choix dans ce cas.

Un traitement radical d'emblée peut être proposé en cas d'ulcère connu, calleux ou à tendance sténosante.

Le risque du cancer doit être présent à l'esprit en cas de localisation gastrique.

Le Président de la Thèse

Vu, le Directeur l'Unité ALEXIS CARREL



Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 10 OCT. 1977
Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales.





I B L I O G R A P H I E

Dans ce travail, la bibliographie a été établie en priorité depuis l'année 1964.

Pour prendre connaissance des publications datant d'avant l'année 1964, se reporter aux bibliographies établies dans les travaux de MOULINIER (Thèse Méd. LYON, 1964 n° 58) et DELORE (Thèse Méd. LYON, 1964, n° 95).



- 1 - ABATE S. - DETTORI V. - ZARRILI L.

Il trattamento dell'ulcera gastro-duodenale perforata.

Considerazioni su 534 casi.

OSPED. ITAL. CHIR. : 1972, 25, 73 - 86

- 2 - ADLOFF M.

Traitement chirurgical de l'ulcère duodéal perforé.

Suture simple ou chirurgie radicale d'emblée ? (étude à propos de 222 observations).

ANN. CHIR. : 1972, 26, 181 - 185

- 3 - AMDRUP E. - JENSEN H.E. - JOHNSTON D. - and al.

Clinical results of parietal cell vagotomy (Highly selective vagotomy) two to four years after operation.

ANN. SURG. : 1974, 180, 279 - 284

- 4 - ANISHIN N.S.

Perforation d'un cancer gastrique.

VESTN. KHIR. : 1976, 116, 30 - 34

- 5 - ARTEM'EV A.M. - BABUSHKIN F.G.

Sur la technique de suture de l'ulcère gastro-duodéal perforé.

VESTN. KHIR. : 1974, 113, 12 - 14

- 6 - AZUMA Y.

Treatment of perforated peptic ulcer.

SURGERY : 1947, 21, 24 - 27

- 7 - BALASEGARAM M.

Immediate definitive surgery for perforation peptic ulcers.

AM. J. SURG. : 1968, 115, 642 - 647

- 8 - BARKAY M. - PEER R. - SCHLUMM H.

Traitement de l'ulcère gastro-duodéal perforé par gastrostomie en tube en T. Rapport préliminaire.

ACTA CHIR. BELG. : 1975, 74, 504 - 509

- 9 - BARREIRO-ALVAREZ F. - MARTINEZ-MOLINA E. - RODRIGUEZ-ALVAREZ DE LA MARINA J. - VICENTE-CANTERO M.
Complicaciones de la ulcera recurrente.
CIR. ESP. : 1975, 21, 425 - 433
- 10 - BASHKOV YU A.
Difficulties and errors of the treatment of patients with recurrent and multiple perforations of gastro-duodenal ulcers.
KLIN. MED. (MOSK.) : 1976, 54, 68 - 70
- 11 - BEBIYA N.V.
Diagnostic endoscopique de l'ulcère gastro-duodénal perforé masqué.
VESTN. KHIR. : 1975, 115, 25 - 28
- 12 - BERTINI D. - CARRA F.
La resezione gastrica come metodo elettivo nella cura delle perforazioni da ulcera gastro-duodenale.
POLICL. SEZ. CHIR. : 1962, 69, 253 - 260
- 13 - BEYSSAC L. - MAR. Y.
22 cas d'ulcères perforés, dont 19 traités par gastrectomie d'urgence.
LYON CHIR. : 1955, 50, 71 - 75
- 14 - BLASZCZYK N. - KLEINAU W. - SCHULZ A.
Perforation des peptischen Magen und Duodenalgeschwürs.
ZENTRALBL. CHIR. : 1975, 100, 369 - 373
- 15 - BODHE Y.G. - MOKASHI R.Y.
Seasonal variation in the incidence of peptic ulcera perforations.
INT. J. BIOMETEOROL. : 1975, 19, 85 - 92

- 16 - BOITSOV N.I. - BACHEV I.I.
Peculiarities of the clinical picture and outcomes of surgical treatment of perforatin ulcers of the stomach and duodenum in patients over 50 years old.
KLIN. MED. (Mosk) : 1976, 54, 47 - 51
- 17 - BONAFONTE M. - BASTIDA J. - BLANES R. - MARTI J.
Consideraciones sobre 150 casos de ulcus gastro-duodenal perforado, tratados quirurgicamente.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 659 - 663
- 18 - BONOMO G.M. - NACCHIERO M.
Surgical treatment of perforated duodenal ulcer in Apulia.
CHIR. GASTROENT. : 1972, 6, 224 - 242
- 19 - BOOTH R.A.D. - WILLIAMS J.A.
Mortality of perforated duodenal ulcer treated by simple suture.
Br. J. SURG. : 1971, 58, 42 - 48
- 20 - BOUCHARD Ph.
A propos de 119 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, étude des résultats immédiats et éloignés.
THESE MED. PARIS : 1966
- 21 - BOULAKIA C.
Contribution à l'étude de l'association de perforation et d'hémorragie dans les ulcères gastro-duodénaux.
THESE MED. PARIS : 1963
- 22 - BOUSQUET R. - CHARLEUX H. - COSSA J.F. - RIBARDIERE J.L.
Résultats de 10 ans de traitement éclectique des ulcères perforés.
ANN. CHIR. : 1971, 25, 841 - 845
- 23 - BRADLEY J.W.P. - FIELDING L.P.
Hydropneumothorax compliquant une perforation d'ulcère gastro-duodéal.
Br. J. SURG. : 1972, 59, 72 - 73

- 24 - BRODMAN H.R. - CIOFFARO W.E. - BRODMAN R.F. - GLIEDMAN M.L.
Perforated duodenal ulcer with coexistent gastric carcinoma.
ARCH. SURG. : 1974, 109, 524
- 25 - BRUNNER H. - SCHMITT-KOPPLER A.
Über nähung oder primärre Sektion beim peptischen Ulcus Perforatum.
BRUNS. BEITR. KLIN. CHIR. : 1972, 219, 420 - 428
- 26 - BUDIR I.
Contribution à l'étude de la perforation d'ulcère gastro-duodénal en Algérie (à propos de 178 cas).
THESE MED. ALGER : 1974
- 27 - BUDISAVLJEVIC R. - GOERGIJEVIC A.
Perforation des ulcères gastriques ou duodénaux.
ANN. KLIN. BOLNICE : 1973, 12, 255 - 262
- 28 - BUISSERET J.
Interventions multiples pour perforations gastriques itératives.
ACTA CHIR. BELG. : 1955, 54, 444 - 446
- 29 - CADY J.
Les ulcères perforés.
VIE MED. : 1974, 55, 2 325 - 2 334
- 30 - CARABALONA P. - DELMAS M. - BONNEL F.
Place de la vagotomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux (à propos de 83 observations).
MONTPELLIER CHIR. : 1970, 16, 469 - 474
- 31 - CARABALONA P. - BONNEL F. - BARTHELEMY M.
Pronostic des ulcères gastro-duodénaux perforés (à propos de 123 observations).
MONTPELLIER CHIR. : 1972, 18, 137 - 144

- 32 - CARLES J.F. - HOUDARD Cl. - HIRSCHMANN F. - ESTENNE B.
La vagotomie dans le traitement de la perforation duodénale
ulcéreuse.
ANN. CHIR. : 1971, 25, 1 271 - 1 275
- 33 - CARNEVALI J.F. - REMINE W.H.
Radical versus conservative surgical management of acute
perforated peptic ulcer.
(POSTGRAD. MED. J.) : 1962, 32, 119 - 123
- 34 - CASSEL P.
Perforated duodenal ulcer in reading from 1950 to 1959.
GUT : 1969, 10, 454 - 459
- 35 - CASSEL P.
The prognosis of the perforated acute duodenal ulcer.
GUT : 1969, 10, 572 - 574
- 36 - CECCARELLI F. - HAQ I. - ZAFARANLOO M. - DEGENSHEIN G.A.
Simultaneous perforation of a gastric and a duodenal ulcer.
AM. J. GASTROENTEROL. : 1976, 65, 457 - 460
- 37 - CEULEMANS G.
Perforation d'estomac.
ACTA GASTROENTEROL. BELG. : 1954, 17, 254 - 257
- 38 - CHABAL J.
Perforation d'un ulcère duodénal en peritoine libre.
C.M.L. : 1975, 1, 1 139 - 1 141
- 39 - CHAIZE J.B.
Contribution à l'étude du traitement par la gastrectomie
d'urgence de l'ulcère gastro-duodénal perforé.
THESE MED. LYON : 1961
LYON MED. : 1962, 94, 727

40 - CHARLEUX H. - COSSA J.F.

Perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre.

LA REVUE DE MEDECINE : 1970, 10, 581 - 588

41 - CHICHE B. - MOULLE P. - FELIX G. - DELAITRE B.

Perforation des ulcères gastro-duodénaux. Orientation thérapeutique, (à propos de 284 cas).

J. CHIR. (PARIS) : 1976, 112, 335 - 346

42 - CIRENEI A.

Traitement de la perforation en péritoine libre de l'ulcère gastro-duodénal.

BULL. SOC. INT. CHIR. : 1967, 26, 180 - 201

43 - COMBEMALE B. - VANKEMMEL M. - LEPLAT F. - LAGACHE M.

Le traitement de l'ulcère du bulbe duodénal perforé, (à propos de 207 observations).

LILLE CHIR. : 1967, 22, 6, 271 - 280

44 - COOLEY D.A. - JORDAN G.L. jr - BROCKMANN M.L. - DEBAKEY M.E.

Gastrectomy in acute gastro-duodenal perforation. Analysis of 112 cases.

ANN. SURG. : 1955, 141, 840 - 852

45 - COOPER P. - TOLINS S.H.

Relationship between smoking history and complications immediately following surgery for duodenal ulcers.

Mt. SINAI J. MED. N.Y. : 1972, 39, 287 - 292

46 - CORNET A. - TERRIS G.

Complications des ulcères gastro-duodénaux.

E.M.C., Estomac : 1965, fasc. 9022, A 10

47 - CORNET A.

Aspects radiologiques des ulcères compliqués.

E.M.C., Estomac : 1965, fasc. 9022, A 30

48 - COSSA J.F.

Perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre
(signes, diagnostic, traitement).

GAZ.MED. FR. : 1968, 75, 5 655 - 5 661

49 - COSSA J.F.

Résultats de dix ans de traitement électrique des perforations
d'ulcères gastriques et duodénaux.

MEDECINE D'AFRIQUE NOIRE : 1974, 21, 735 - 739

50 - COUTSOFTIDES T. - HIMAL H.S.

Perforated gastro-duodenal ulcers. Factors affecting morbidity and
Mortality and the role of definitive surgery.

AM. J. SURG. : 1976, 132, 575 - 576

51 - DAVIS L.L. - DOOHEN D.J.

Pneumo-gastrography in early diagnosis of perforated gastro-
duodenal ulcers.

N.Y. STATE J. MED. : 1973, 73, 2 065 - 2 067

52 - DEBELUT J.

L'ulcère perforé : aspiration, suture, gastrectomie. Comment choisir ?

J. MED. BORDEAUX : 1957, 1, 108 - 112

53 - DEBESSE B. - CHERKAoui O. - REINMUND Ph. - ELHADAH A. - THOMERET G.

Le traitement des péritonites aiguës diffuses par perforation
d'un ulcère gastro-duodéal, et ses suites.

ANN. CHIR. : 1973, 27, 963 - 969

54 - DELAIRE B. - BRUN P. - MAKHLOUFI S. - RAHAL A.

Traitement des ulcères perforés par dialyse péritonéale associée
à l'aspiration.

NOUV. PRESSE MED. : 1975, 4, 3 009 - 3 010

55 - DELORE X.

Traitement chirurgical de l'ulcère perforé. Résultats immédiats et éloignés.

THESE MED.LYON : 1964

56 - DEL-RIO MARCO F.

Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés.

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 769 - 770

57 - DEROM Fr.

Mortalité et complications des vagotomies pour perforations et hémorragies ulcéreuses.

ACTA GASTROENTEROL. BELG. : 1968, 31, 267 - 280

58 - DESCHAMPS J.H.

Non hémorragic acute complications of gastro-duodenal ulcer.

PREN. MED. ARGENT. : 1975, 62, 272 - 275

59 - DESMOND A.M. - SEARGEANT P.W.

The place of primary resection in the treatment of perforated peptic ulcer.

BR. J. SURG. : 1957, 45, 283 - 286

60 - DETRIE Ph.

Que deviennent les ulcères perforés suturés ?

J. CHIR. (PARIS) : 1965, 89, 369 - 371

61 - DONALDSON G.A. - JARETT F.

Perforated gastro-duodenal ulcer disease at the Massachussetts General Hospital from 1952 to 1970.

AM. J. SURG. : 1970, 120, 306 - 311

62 - DONNELLY B. - WALSH M. - DELANEY P.

A comparative survey of perforated gastro-duodenal ulcers in a Dublin hospital, spanning the years 1939 - 1973.

Ir. MED. J. : 1976, 69, 37 - 40

- 63 - ECHAVE V. - FLORES M. - OGILVY W.L.
Tension pneumo-peritoneum : case report and review of the literature.
CANADIAN JOURNAL OF SURGERY : 1975, 18, 585 - 587
- 64 - ENGLE R.B.
Tunnel ulcer with double pyloric canal.
RADIOLOGY : 1975, 116, 323 - 324
- 65 - ESCAT J.
Place de la gastrectomie dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux perforés.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 625 - 628
- 66 - ESPOSITO G.
La sutura della perforazione con drenaggio peritoneale nel trattamento delle ulcere gastro-duodenali perforate.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 609 - 621
- 67 - ESPOSITO G.
La gastrectomia nel trattamento delle ulcere gastro-duodenali perforate.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 629 - 634
- 68 - EYDT M. - SIEWERT R. - FUCHS K. - BECKER H.D.
Die Stellung der Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung des perforierten Ulcus duodeni.
BRUNS. BEITR. KLIN. CHIR. : 1974, 221, 1 - 7
- 69 - FANINI E. - VINCENTI L. - CAPPUCCILLI E. - ERRICHI B.M. - CELLINI G. LALLI T.
L'ulcera gastro-duodenale perforata in peritoneo libero. A proposito di 145 osservazioni.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 664 - 667
- 70 - FAVI P.
Il trattamento chirurgico dell'ulcera gastro-duodenale perforata.
OSPED. ITAL. CHIR. : 1972, 25, 41 - 46

71 - FELIX W.R. - STAHLGREN L.H.

Death by undiagnosed perforated peptic ulcer : analysis of 31 cases.
ANN. SURG. : 1973, 177, 344 - 351

72 - FERREIRA-MONTERO V. - MARTINEZ-LAGANCA A.

Perforaciones ulcerosas gastro-duodenales. Resultados inmediatos.
MED. CLIN. ESP. : 1975, 64, 307 - 310

73 - FONTAINE R. - VARTER P.

De la fréquence du pneumo-péritoine spontané dans les perforations
gastro-duodénales aiguës d'origine ulcéreuse.
J. RADIOL. et ELECTROL. : 1955, 36, 707 - 708

74 - FONTAINE R. - HIEBEL G. - LANG G.

Résultats éloignés des malades traités pour perforation d'ulcère
gastro-duodéal (à propos de 117 cas revus).
LYON CHIR. : 1963, 59, 696 - 698

75 - FRASER G.M. - FRASER I.D.

Gastrografen in perforated duodenal ulcer and acute pancreatitis.
CLIN. RADIOL : 1974, 25, 397 - 402

76 - GALL W.J. - TALBOT C.H.

Perforation of gastric ulcer.
BR. J. SURG. : 1964, 51, 500 - 503

77 - GRASSI G. - DELL'OSSO A. - GRASSI G.B. Jr

Trattamento chirurgico delle ulcere gastro-duodenali perforate
in peritoneo libero mediante vagotomia associata ad una opera-
zione di drenaggio gastrico.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 642 - 644

78 - GRAY J.G. - ROBERTS A.K.

Definitive emergency treatment of perforated duodenal ulcer.
SURG. GYNECOL. OBSTET. : 1976, 143, 890 - 894

- 79 - GRECO R.S. - CAHOW C.E.
Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcer.
AM. J. SURG. : 1974, 127, 109 - 114
- 80 - GRIFFIN G.E. - ORGAN C.H. Jr
The natural history of the perforated duodenal ulcer treated by suture plication.
ANN. SURG. : 1976, 183, 382 - 385
- 81 - GROSDIDIER J. - MATHIEU P. - RICHAUME B. - BOISSEL P. - PAQUIS M.
Les perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 668 - 670
- 82 - GUIDDI C. - QUATTROCCHIO L.
L'ulcera gastro-duodenale perforata.
ARCH. ITAL. CHIR. : 1974, 98, 303 - 313
- 83 - GUNTZ M. - BILLABERT D. - ALBARET P. - FRANCOIS H.
Ulcère cancérisé perforé et bouché.
SEM. HOP. PARIS : 1974, 50, 2 503 - 2 506
- 84 - GUPTA S.
Perforated peptic ulcer. Incidence, treatment and mortality.
INT. SURG. : 1975, 60, 532 - 533
- 85 - HADFIELD J.I.H. - WATKIN D.F.L.
Vagotomy in the treatment of perforated duodenal ulcer.
Br. MED. J. : 1964, 2, 12 - 17
- 86 - HALL W.H. - READ R.C. - MESARD L. - LEE L.E. Jr - ROBINETTE C.D.
The calendar and duodenal ulcer.
GASTROENTEROLOGY : 1972, 62, 1 120 - 1 124
- 87 - HAMILTON J.E. - HARBRECHT P.J.
Growing indications for vagotomy in perforated peptic ulcer.
SURG. GYNECOL. OBSTET. : 1967, 124, 61 - 64

- 88 - HARDY J.D. - WALKER G.R. Jr - CONN J.H.
Perforated peptic ulcers. An analysis of 206 cases consecutive
with emphasis on pathophysiologic changes and deaths.
ANN. SURG. : 1961, 153, 911 - 933
- 89 - HARVEY H.D.
Emergency gastric resection for bleeding and perforation.
ARCH. SURG. : 1963, 86, 557 - 562
- 90 - HEINRRICH P. - HILLE M.
Perforation des Ulkus.
BRUNS. BEITR. KLIN. CHIR. : 1968, 216, 431 - 441
- 91 - HELL K. - SHULTHEISS H.R. - SCHUMAN L. - ALLGOWER M.
Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung des blutenden
Gastroduodenal Ulkus. Retrospektive Studie der Jahre 1968 - 1970.
SCHWEITZ. MED. WOCHENSCHR. : 1972, 102, 1 112 - 1 117
- 92 - HELL K. - SCHUMAN L. - SCULTHEISS H.R. - ALLGOWER H.
Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung der gastro-duodenalen
Ulkuskomplikation.
Dtsch MED. WOCHENSCHR. : 1973, 98, 1 104 - 1 108
- 93 - HELLER J.
Résultats du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal
perforé.
CHIRURGIE : 1968, 7, 315 - 317
- 94 - HENNESSY E.J. - CHAPMAN B.L. - DUGGAN J.M.
Perforated peptic ulcer long-term follow up.
MED. J. AUST. : 1976, 1, 50 - 53
- 95 - HERMANN H. - CIER J.F.
Le transit gastrique.
PRECIS DE PHYSIOLOGIE : 1, 2, 10 - 17
MASSON et Cie Editeurs. PARIS : 1965

- 96 - HERRINGTON J.L. Jr - SAWYERS J.L.- SCOTT H.W. Jr
A 25 year experience with vagotomy-antrectomy.
ARCH. SURG. : 1973, 106, 469 - 474
- 97 - HINSCHAW D.B. - PIERENDOZZI J.S. - THOMPSON R.J. Jr - CARTER R.
Vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer.
Observations on 180 cases.
AM. J. SURG. : 1968, 115, 173 - 175
- 98 - HIVET M. - CHEVREL J.P.
Traitement d'urgence des complications des ulcères duodénaux
par la vagotomie.
A propos de 31 cas.
J. CHIR. PARIS : 1969, 98, 639
- 99 - HOYER A.
Perforating gastric and duodenal ulcers. A compilation of
2 224 cases from sixteen Scandinavian Hospitals.
ACTA CHIR. SCAND. : 1957, 113, 282- 288
- 100 - IMPERATI L. - MARINACCIO F. - ALTIERI A.
La nostra esperienza nel trattamento dell'ulcera gastrica e
duodenale perforata.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 671 - 672
- 101 - ISMAILOV A.I. - MAMADALIEV S.M.
Perforation d'ulcère gastrique.
KHIRURGIJA (Mosk) : 1974, 7, 125
- 102 - JARRET F. - DONALDSON G.A.
The ulcer diathesis in perforated duodenal ulcer disease.
Experience with 252 patients during a 25 year period.
AM. J. SURG. : 1972, 123, 406 - 410
- 103 - JOHNSTON D. - LYNDON P.J.- SMITH R.B. - HUMPHREY C.S.
Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the
treatment of haemorrhage, perforation, and pyloric stenosis due
to peptic ulcer.
Br. J. SURG; : 1973, 60, 790 - 797

104 - JORDAN G.L. Jr - DEBAKEY M.E.

Acute gastro-duodenal perforation. An analysis of 496 patients treated surgically.

CALIF. MED. : 1963, 98, 7 - 10

105 - JORDAN G.L. Jr - ANGEL R.T. - DEBAKEY M.E.

Acute gastroduodenal perforation comparative study of treatment with simple closure, subtotal gastrectomy, and hemigastrectomy and vagotomy.

ARCH. SURG. : 1966, 92, 449 - 455

106 - JORDAN G.L. Jr - DEBAKEY M.E. - DUNCAN J.M. Jr

Surgical management of perforated peptic ulcer.

ANN. SURG. : 1974, 179, 628 - 633

107 - JORDAN P.H. Jr - HEDENSTEDT S. - KOROMPAI F.L. - LUNDQUIST G.

Vagotomy of the fundic gland area of the stomach without drainage. A definitive treatment for perforated duodenal ulcer.

AM. J. SURG. : 1976, 131, 523 - 526

108 - JORDAN P.H. Jr - KOROMPAI F.L.

Evolution of a new treatment for perforated duodenal ulcer.

SURG. GYNECOL. OBSTET. : 1976, 142, 391 - 395

109 - KAL'CHENKO I.I. - LYS P.V.

Technique chirurgicale de l'ulcère gastro-duodénal perforé.

VESTN. KHIR. : 1975, 115, 9 - 14

110 - KATARIYA R.N. - SOOD S. - RAO P.G.

Catheter duodenostomy for perforated duodenal ulcer.

ARCH. SURG. : 1976, 111, 12, 1 409

111 - KHOLYAVKO V.K.

Association d'une hémorragie profuse par ulcère gastro-duodénal et d'une perforation d'ulcère gastro-duodénal.

KLIN. KHIR. : 1976, 39 - 43

- 112 - KINCANNON W.N. - Mc LENATHEN Ch. W. - WEINBERG J.A.
Vagotomy and pyloroplasty for acute perforated duodenal ulcer.
AM. J. SURG. : 1963, 29, 692 - 694
- 113 - KIRKPATRICK J.R.
The role of definitive surgery in the management of perforated duodenal ulcer disease.
ARCH. SURG. : 1975, 110, 1 016 - 1 020
- 114 - KNYSH N.T. - KNYSH P.K. - MIKHAJLOV V.S. - DYUB'KIN E.H.F.
Remote results of perforating gastro-duodenal ulcers.
KLIN. MED. (Mosk) : 1975, 53, 35 - 37
- 115 - KOROL'KOVA L.N.
Capacité de travail des personnes ayant subi une résection de l'estomac pour des ulcères perforés gastrique et duodéal.
KLIN. KHIR. : 1974, 9, 5 - 8
- 116 - KRIPPAEHNE W.K. - FLETCHER W.S. - DUNPHY J.E.
Acute perforation of duodenal and gastric ulcer. Factors influencing mortality.
ARCH. SURG. (Chicago) : 1964, 88, 874 - 882
- 117 - KURZWEG F.T. - DANNA S.J. - DARON P.B. - WILLIAMSON J.W.
Traitement de l'ulcère duodéal perforé.
SURG. GYNECOL. OBSTET., 1972, 135, 365 - 368
- 118 - KVACHADZE R.G. - UTESHEV N.S. - NATSVLISHVILI G.A.
Résultats du traitement de l'ulcère gastro-duodéal perforé par résection gastrique primitive.
VESTN. KHIR. : 1976, 116, 34 - 37
- 119 - LAGADEC B. - POILLEUX J. - HIVET M.
210 ulcères du premier duodénum traités par vagotomie tronculaire et pyloroplastie.
ANN. CHIR. : 1972, 26, 1 169 - 1 172

- 120 - LAROYENNE L.
Perforations gastriques multiples de Stress.
LYON CHIR. : 1976, 72, 202 - 204
- 121 - LAVIGNE J. - LECLERCQ J. - ROGISTER G.
La perforation d'ulcus gastrique. Revue de 146 cas.
ACTA CHIR. BELG. : 1968, 67, 357 - 370
- 122 - LAZORTHES F.
Indications de la chirurgie dans les ulcères gastro-duodénaux.
E.M.C., Estomac : 1973, fasc. 9 023, L. 10
- 123 - LEIZE-RAMBAL L. - HENRY E. - LENOIR G. - EYRON H. - PAYAN H. - BERNARD A. - BERTHET G.
Un cas de perforation silencieuse de l'estomac par ulcère.
ARCH. MAL. APP. DIGEST. : 1952, 41, 1 092 - 1 093
- 124 - LEVRAT M. - MOULINIER B. - PASQUIER J.
Evolution éloignée des ulcères gastro-duodénaux perforés traités par suture.
ARCH. MAL. APP. DIGEST. : 1964, 53, 1 197 - 1 204
- 125 - LOHR E. - MUND K. - BOTTCHE L.
Zur Röntgendiagnostik des akuten Abdomens unter besonderer Berücksichtigung des Gastro-Duodenal-Perforation.
RADIOLOGE : 1972, 12, 189 - 192
- 126 - LOISANCE D. - MONTEZIN J. - MARCHAY P. - CADY J.
Pyo-pneumothorax et péritonite par perforation d'ulcère.
ANN. CHIR. : 1970, 24, 21-22, 1 143 - 1 149
- 127 - LUMBO L.T. - SMITH A.N. - LAMAN M.A. - SKINNER H.L.
Acute perforation of gastric ulcer.
ARCH. SURG. : 1957, 75, 845 - 846

- 128 -- LUNDY J. - SHERLOCK P. - KURTZ R. - FORTNER J.G. - TURNBULL A.D.
Spontaneous perforation of the gastro-intestinal tract in
patients with cancer.
AM. J. GASTROENTEROL. : 1975, 63, 447 - 450
- 129 - LXXVIème Congrès de l'Association Française de Chirurgie ; PARIS 1974.
J. CHIR. PARIS : 1974, 108, 117 - 134
- 130 - Mac DONOUGH J.M. - FOSTER J.H.
Factors influencing prognosis in perforated peptic ulcer.
AM. J. SURG. : 1972, 123, 411 - 416
- 131 - MACHAYYA M.G.
Emergency vagotomy and pyloroplasty on perforated duodenal
ulcer : study of 73 cases.
Br. MED. J. : 1968, 4, 155 - 156
- 132 - MAGRASSI F. - GIACCHINO P. - DE GREGORI M. - BOTTO A.
Considerazioni cliniche e statistiche sul trattamento chirurgico
delle ulcere gastro-duodenali perforate.
MINERVA CHIR. : 15 mai 1973, 28, 673 - 688
- 133 - MARK J.B.D.
Factors influencing the treatment of perforated duodenal ulcer.
SURG. GYNECOL OBSTET. : 1969, 129, 325 - 330
- 134 - MAROTTE J.H.
Perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre.
VIE MED. : 1966, 2, supplément 806, 1 - 6
- 135 - MASON M.C. - BRENNAN T.G. - GILES G.R.
Acid secretion in patients with a perforated duodenal ulcer.
SCAND. J. GASTROENTEROL. : 1973, 8, 421 - 424

136 - MAYNARD A. - PRIGOT A.

Gastro-duodenal perforation. A report of 120 cases over a five and one half years period with consideration of the role of primary gastrectomy.

ANN. SURG. : 1961, 153, 261 - 271

137 - MINTS V. YA. - PANIN YU. P. - MOROZAVA I.V.

Résultats éloignés de la pyloroplastie et de la vagotomie chez les malades atteints d'ulcère duodénal perforé.

KIRURGIJA (MOSK) : 1975, 6, 33 - 39

138 - MONDOR H.

Diagnostics urgents.

Abdomen. MASSON et Cie.

EDIT. PARIS : 1937, 185 - 257

139 - MOULINIER B.

Evolution éloignée des ulcères gastro-duodénaux perforés et suturés.

THESE MED. LYON, 1964

140 - MOULINIER B.

Les perforations des ulcères gastro-duodénaux.

C.M.L. : 1966, 42, 2 519 - 2 527

141 - NAN K'AI HOSPITAL - TIENTSIN

Treatment of acute perforation of peptic ulcer with combined traditional chinese and western medicine.

CHIN. MED. J. : 1975, 1, 247 - 256

142 - NARDI C. - BENHAMOU G.

Pas d'"urgence différée" pour les ulcères gastro-duodénaux perforés.

REV. FR. GASTROENTEROL. : 1973, 85, 25 - 26

143 - NATALE C. - MARINACCIO F. - PELLEGRINO A.

Il nostro indirizzo attuale nella terapia chirurgica dell'
ulcera gastrica e duodenale perforata.

RIV. MED., NAPOLI : 1968, 51, SUPPL. 11

144 - NAUDIN G.

Les urgences médicales en gastroentérologie.

CONCOURS MEDICAL : 1969, 45, SUPPL. 1, 39 - 43

145 - NAYAK I.N. - LAWRENCE D.

Tension pneumothorax from a perforated gastric ulcer.

Br. J. SURG. : 1976, 63, 245 - 247

146 - NEITCHEFF M.B.

Considérations à propos de 162 ulcères gastro-duodénaux perforés.

MONTPELLIER CHIR. : Séance du 16 octobre 1973, 505 - 509

147 - NEJMARK I.I.

Perforation associée à d'autres complications de l'ulcère gastro-
duodéal.

VESTN. KHIR. : 1973, 111, 26 - 30

148 - NEMANICH G.J. - NICOLOFF D.M.

Perforated duodenal ulcer : long-term follow-up.

SURGERY : 1970, 67, 727 - 734

149 - NIELSEN J.A. - THAYSEN E.H. - OLESEN H. - NIELSEN A.R.

Fundal gastritis after Billroth II type resection in patients
with duodenal ulcer.

SCAND. J. GASTROENTEROL. : 1972, 7, 337 - 343

150 - NOORDIJK J.A.

Perforated peptic ulcer. The results of treatment in the
Netherlands (1934-1950). An analysis of 2 551 cases.

ARCH. CHIR. NEERL. : 1954, 5, 262 - 270

151 - OMEZ Y. - DROISSART P.

La suture simple dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. (Résultats de 145 sutures).

LILLE CHIR. : 1959, 14, 19 - 22

152 - PALMER E.D.

Perforation of gastro-duodenal ulcer.

ARCH. INTERN. MED. : 1972, 130, 957 - 964

153 - PAUL M. - TEW W.L. - HOLLIDAY R.L.

Perforated peptic ulcer in pregnancy with survival of mother and child : case report and review of the literature.

CANADIAN JOURNAL OF SURGERY : 1976, 19, 427 - 429

154 - PEDINIELLI L.

La vagotomie dans les ulcères gastro-duodénaux perforés.

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 635 - 641

155 - PERROTIN J. - SIMON P. - POUSSARD J.L.

Intérêt de la méthode de TAYLOR dans le traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux. A propos de 71 observations.

ANN. CHIR. : 1975, 29, 143 - 149

156 - PIPIA I.K. - GEORGADZE V.N. - TELIA A.V.

Ulcères perforés gastriques et duodénaux.

KLIN. KHIR. : 1975, 2, 13 - 17

157 - POILLEUX J.

Les ulcères gastro-duodénaux perforés et leur traitement.

VIE MED. : 1972, 53, 1 185 - 1 188

158 - POLESHCHUK I.S.

Résultats éloignés de la gastrectomie après suture pour ulcères gastro-duodénaux perforés.

KHIRURGIJA (MOSK) : 1976, 75 - 78

159 - PONOMAREV A.A.

Appendicectomy erronée dans l'ulcère gastro-duodénal perforé.
KHIRURGIJA (MOSK) : 1972, 10, 86 - 89

160 - POUYET M.

Perforation d'ulcère.
Conférence de chirurgie.
LYON : 1964

161 - PRANDI D. - MAURY D. - FEKETE F. - LORTAT-JACOB J.L.

Ulcères duodénaux perforés. Résultats de la suture en urgence de
158 cas.
MED. CHIR. DIG. : 1974, 3, 123 - 129

162 - PROYARD G.

L'ulcère gastrique perforé.
ACTA CHIR. BELG. : 1966, 65, 63 - 68

163 - QUENU J.

Le traitement non opératoire des perforations d'ulcus.
MEM. ACAD. CHIR. (PARIS) : 1950, 76, 226 - 234

164 - READ R.C. - THOMPSON B.W.

Gastric outlet obstruction after omentopexy for perforated
acute and chronic duodenal ulceration.
AM. J. SURG. : 1975, 130, 682 - 687

165 - REDING R.

Perforation des Gastroduodenales Ulkus.
ZENTRALBL. CHIR. : 1972, 97, 102 - 110

166 - REES J.R. - THORBJARNARSON B.

Perforated gastric ulcer.
AM. J. SURG. : 1973, 126, 93 - 97

167 - RETTORI R. - DEVIEV C.V.

Traitement chirurgical d'urgence des perforations d'ulcères
gastro-duodénaux.

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 689

168 - RHODES J.

Etiology of gastric ulcer.

GASTROENTEROLOGY : 1972, 63, 171 - 182

169 - RIBARDIERE J.L.

Traitement des perforations d'ulcères gastriques et duodénaux.

LES LIVRETS DU MEDECIN : 1971, 3, 199 - 201

170 - RIBET M. -GAUTIER-BENOIT C. - QUANDALE P. - DRUART T. - RAZEMON P.

Evolution des ulcères gastro-duodénaux perforés après traitement
conservateur.

ARCH. FR. MAL. APP. DIG. : 1964, 53, 1 348 - 1 356

171 - RIVES J. - FLAMENT J.B.

Epiplooplastie en couronne avec vagotomie ultra-sélective dans
les ulcères perforés du bulbe duodéal.

NOUV. PRESSE MED. : 1975, 4, 1 721 - 1 724

172 - ROUX M.

Utilité et aleas des opérations complémentaires faites en urgence
dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés.

ANN. CHIR. : 1973, 27, 270 - 272

173 - RUGGIERI E.

Bisogna operare le ulcere perforate ?

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 602 - 608

174 - SAUBERLI H. - LARGIADER F. - DEYHLE P. - VETTER W. - NUESCH H.J.

JENNY S. - AMMAN R.

Zur chirurgischen Therapie des Ulcus Duodeni.

PRAXIS : 1975, 64, 252 - 255

- 175 - SAVA G. et Coll
L'ulcère gastro-duodéal perforé en péritoine libre. Résultats
de 125 cas traités par suture systématique.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 690 - 693
- 176 - SAVA G. - ZUSSY M. - JAECK D. - SEROR J.
Perforated gastric and duodenal ulcers treated by routine
direct suture.
INT. SURG. : 1974, 59, 222 - 224
- 177 - SAVINO L. - VENEGONI A.
Sul trattamento delle ulcere duodenali perforate in peritoneo
libero.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 694 - 696
- 178 - SAWYERS J.L. et Coll
Acute perforated duodenal ulcer : an evaluation of surgical
management.
ARCH. SURG. : 1975, 110, 527 - 530
- 179 - SHCHERBATENKO M.K. - BERESNEVA E.H.A. - SIVASH E.H.S. - EVDOKIMOV V.N.
Diagnostic d'urgence de perforation d'un ulcère de l'estomac ou
du duodénum.
VESTN. RENTGENOL. RADIOL. : 1973, 2, 95 - 98
- 180 - SCHROEDER L. - HANTSCHMANN N.
Die freie Perforation des Magens und des Duodenums.
ZENTRALBL. CHIR. : 1976, 101, 1117 - 1124
- 181 - SCHUMAN L. - SCHULTHEISS H.R. - HELL K. - ALLGOWER M.
Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung des perforierten
gastro-duodenal Ulkus. Retrospektive Studie der Jahre 1968 - 1970.
SCHWEIZ. MED. WOCHENSCHR. : 1972, 102, 1552 - 1554

- 182 - SHULYAK L.P. - DEMCHENKO P.S. - POLISHCHUK YU. P.
 Perforation d'ulcère gastro-duodénal chez les travailleurs de
 l'industrie métallurgique.
 KLIN. KHIR. : 1976, 5, 65 - 66
- 183 - SICARD J.L. - REY A. - FLABEAU F.
 Le traitement des ulcères duodénaux perforés. Réflexions à propos
 de 110 observations.
 J. CHIR. (PARIS) : 1977, 113, 509 - 516
- 184 - SITGES-CREUS A. - PIERA-MAS-SARDA J. - CURTO-CARDUS J.
 Tratamiento quirurgico de las ulceras gastro-duodenales perforadas
 en peritoneo libre.
 MINERVA CHIR. : 1973, 28, 645 - 654
- 185 - SKARSTEIN A. - HØISAETER P.A.
 Perforated peptic ulcer : a comparison of long term results
 following partial gastric resection or simple closure.
 Br. J. SURG. : 1976, 63, 700 - 703
- 186 - SMIRNOV B.V.
 Conséquences lointaines du traitement des ulcères perforés par
 la suture et la résection-primaire.
 "Les Moniki de Vlakimir" : 1970
- 187 - SMITH L. - BEEHAN P.J.
 Definitive operations for perforated duodenal ulcer.
 SURG. GYNECOL. OBSTET. : 1969, 129, 465
- 188 - STEIGER E. - COOPERMAN A.M.
 Considerations in the managment of perforated peptic ulcers.
 SURG. CLIN. N. AMER. : 1976, 56, 1 395 - 1 401
- 189 - STEMPLE J.F. - ELLIOTT D.W.
 Gastrin determinations in symptomatic patients before and after
 standard ulcer operations.
 ARCH. SURG. : 1975, 110, 875 - 879

- 190 - STOPPA R. - ABOURACHID H. - CARON M. - HENRY X. - LARGUECHE S.
Notre expérience de la vagotomie avec résection pyloroplastique
de l'ulcère duodénal perforé.
MINERVA CHIR. : 1973, 28, 697 - 700
- 191 - SURNIN A.V.
Traitement de l'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum chez
les sujets jeunes.
KLIN. KHIR. : 1975, 12, 30 - 31
- 192 - TAYLOR R.A. - SCHULMAN J.
Immediate gastrectomy in acute perforated ulcer.
J.M. Soc. NEW-JERSEY : 1954, 51, 88 - 93
- 193 - TESTART J. - JOUANNEAU P. - PERROTIN J.
Perforation du cancer gastrique en péritoine libre. A propos de
quatre cas.
CHIRURGIE : 1976, 102, 201 - 208
- 194 - THOMAS M. - THOMAS G.
L'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. Résultats de
100 cas traités par suture systématique.
REV. MED. CLERMONT-FERRAND : 1975, 2, 151 - 156
- 195 - TIEN-CHENG-KAO - SHU-CHIEN-HSU - CHUAN-SHUI-HSIEH
Primary gastrectomy for perforated peptic ulcer with follow up
studies.
SURGERY : 1964, 56, 467 - 496
- 196 - TILL A.S.
Ulcère gastrique perforé.
PRACTITIONER : 1972, 209, 143 - 149
- 197 - TONITZA P. - TANASE V. - BURDESCU C.
Le traitement conservateur des perforations duodénales.
LYON CHIR. : 1969, 65, 55 - 59

198 - TURNER F.P.

Acute perforations of stomach, duodenum and jejunum. An analysis of 224 cases with late follow-up data on 147 cases of acute perforated peptic ulcer.

SURG. GYNECOL. OBSTET. : 1951, 92, 281 - 294

199 - VAN MEERBEECK P.

A propos du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés, la gastrectomie immédiate d'emblée.

ACTA CHIR. BELG. : 1959, 5, 427 - 430

200 - VARDOULIS J. - STENOS J. - AVGOUSTIS A. - LEFKIDIS C.

Emergency vagotomy with a drainage procedure for perforated gastric and duodenal ulcer. Study of 73 cases.

INT. SURG. : 1975, 60, 226 - 228

201 - VAYRE R.

Péritonite aigüe par perforation d'ulcère gastro-duodénal.

REV. PRAT. : 1969, 19, 439 - 450

202 - VAYRE P. et Coll

Le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

J. CHIR. (PARIS) : 1972, 103, 83 - 85

203 - VAYRE P.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre : table ronde.

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 599 - 601

204 - VAYRE P.

La suture de la perforation ulcéreuse avec drainage péritonéal.

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 622 - 624

205 - VAYRE P. - SEGAL S. - LEVASSEUR J.C.

Difficultés diagnostiques dans les premières heures d'une perforation itérative d'un ulcère duodénal.

SEM. HOP. PARIS : 1975, 51, 1 554 - 1 556

206 - VUILLARD P. - BRACONNOT P. - VENOUIL J. - FISCHER L.

Traitement chirurgical des perforations gastro-duodénales
d'origine ulcéreuse chez l'adulte.

C.M.L. : 1971, 47, 371 - 377

207 - VUNIN K.V. - PAK S.G. - ANTOENKOV G.M. - BRODOV L.E. - SYTENKOV D.M.
TSOJ D.M. - SHUBA L.I.

Diagnostic différentiel des ulcères gastro-duodénaux perforés
et des toxi-infections alimentaires par salmonelloses.

SOV. MED. : 1976, 5, 48 - 51

208 - WAGNER J.C.

Les dangers des médicaments chez l'ulcéreux.

"Le perfectionnement du praticien" : 1977, 234, 57 - 62

209 - WANGENSTEEN S.L. - WRAY R.C. - GOLDEN G.T.

Perforated duodenal ulcer.

AM. SURG. : 1972, 123, 538 - 542

210 - WOLLESEN J.M.

Therapy of perforated peptic ulcer.

NORD MED. : 1952, 47, 660 - 661

211 - ZANELLA E. - BATTISTINI C.

La nostra esperienza nel trattamento chirurgico delle ulcere
peptiche perforate in peritoneo libero.

MINERVA CHIR. : 1973, 28, 701 - 703.

T A B L E d e s M A T I E R E S

INTRODUCTION	:	1
HISTORIQUE	:	2
ETIOLOGIE GENERALE DE LA PERFORATION	:	4
I - Fréquence globale	:	4
II - Age	:	5
III - Sexe	:	6
IV - Antécédents	:	7
V - Facteurs déclenchants et circonstances favorisantes	:	12
ANATOMIE - PATHOLOGIE LOCALISATION	:	17
TABLEAU CLINIQUE	:	20
METHODES THERAPEUTIQUES	:	22
RESULTATS	:	23
I - Mortalité post-opératoire	:	23
II - Morbidité	:	36
III - Résultats à distance	:	40
a -:- résultats éloignés après traitement définitif initial	:	41
b -:- résultats éloignés après traitement conservateur	:	44
INDICATIONS THERAPEUTIQUES	:	59
CONCLUSIONS	:	62
BIBLIOGRAPHIE	:	64

